

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

219

Année 1911

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

MAURICE GUILLAUME

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MEDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Né à Chaumont, le 26 juin 1883

De la

Grossesse développée

dans une

Corne utérine rudimentaire

Président : M. PINARD, Professeur.

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

219

Année 1911

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

MAURICE GUILLAUME

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MEDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Né à Chaumont, le 26 juin 1883

De la

Grossesse développée

dans une

Corne utérine rudimentaire

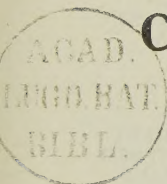
Président : M. PINARD, Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY,

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD.
Pathologie médicale.....	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....	WIDAL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....	HARTMANN.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	MARFAN.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHAUFFARD
	ROGER.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GILBERT.
Clinique des maladies des enfants.....	HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..	BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses.....	N ..
	QUENU.
Clinique chirurgicale.....	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....	DELBET (Pierre).
Clinique des voies urinaires.....	DE LAPERSONNE.
	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	BAR.
Clinique gynécologique.....	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique chirurgicale infantile.....	POZZI.
Clinique thérapeutique.....	KIRMISSON.
	ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DESGRE.	LENORMANT.	RATHERY.
BERNARD (Léon).	DUVAL (Pierre).	LERI.	REITTERER.
BRANCA.	GOUGEROT.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (André).	GUENIOT.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JEANNIN.	MULON.	SICARD.
CARNOT.	JOUSSET.	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NOBECOURT	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LECENE.	PROUST.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur PINARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le D^r PIERRE MERKLEN (*In memoriam*).

Externat

MM. le Docteur P. CLAISSE (Pitié, 1903-1904).

le Professeur ALBARRAN (Maison Dubois, 1904-1905).

le Professeur HUTINEL (Enfants-Assistés, 1905-1906).

le Professeur PAUL POIRIER (*In memoriam*) (Lariboisière, 1906-1907).

Internat

MM. le Docteur GUILLEMAIN, {
le Professeur agrégé AUVRAY, { Ivry, 1907-1908.

le Docteur LAUNAY, {
le Professeur agrégé COUVELAIRE, { Saint-Louis 1908.

le Professeur agrégé DEMELIN (Tenon, 1909).

le Professeur agrégé RIEFFEL (Saint-Louis, 1909).

le Docteur BEURNIER (Saint-Louis, 1909-1910).

le Docteur ROCHARD (Saint-Louis, 1910-1911).

MM. ALGLAVE, CHIFOLIAU, CUNÉO, FREDET, GUIBÉ, LABEY, LENORMANT,
MICHON, MOUCHET, NOBÉCOURT, WIART, médecins et chirurgiens des
Hôpitaux.

INTRODUCTION

La rareté des travaux français sur la grossesse développée dans une corne rudimentaire nous a encouragé à publier, à propos d'une observation nouvelle, que j'ai communiquée avec mon maître M. Couvelaire, à la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie* (février 1911), un travail d'ensemble sur ce sujet. Il nous a paru intéressant de mettre en lumière les caractères anatomiques et cliniques de cette forme de grossesse, qui diffère à la fois des autres grossesses ectopiques et des grossesses développées dans les autres variétés d'utérus doubles.

Il ne s'agit pas ici d'une affection très rare, puisque nous avons pu en rassembler près de 150 observations, et que notre liste est encore très incomplète. Les premières de ces observations ont été publiées sous des titres inexacts et identifiées par Kussmaul (1), auteur du premier travail important sur les utérus doubles. La plus ancienne de ces observations est celle de Mauriceau-Vassal (2). La première, publiée sous un titre exact, est celle de Rokitsky (1842). Depuis, un grand nombre

(1) KUSSMAUL. *Von dem Mangel, der Verkümmerng und Verdoppelung der Gebärmutter*. Würzburg, 1859.

(2) MAURICEAU. *Traité des maladies des femmes grosses*, t. I, p. 86.

de cas ont été publiés, et quelques-uns ont été l'objet de travaux assez importants (Himmelfarb, Cullen et Wilkins). Parmi les travaux modernes, nous citerons la thèse de E. Kehrer (1), et les travaux de Werth (2), qui a orienté l'étude de la grossesse vers les recherches d'anatomie fine. Nous ferons de fréquents emprunts à ces travaux, notamment à la thèse de Kehrer, où 82 observations sont publiées *in extenso*, et où quelques-unes même ont été reconstituées ou complétées après examen des pièces anatomiques.

Nous n'avons, par contre, rien à tirer des rares travaux français sur la grossesse de la corne rudimentaire, sauf quelques rares observations parfois douteuses, dont aucune n'a subi de contrôle histologique. Toutefois nous avons trouvé des indications utiles et intéressantes dans des travaux un peu différents, notamment dans la thèse d'agrégation de Le Fort (3), qui a donné des malformations utérines une description aujourd'hui classique, et les travaux de G. Gross (4) sur l'hématométrie latérale.

(1) KEHRER (Erwin). *Das Nebenhorn des doppelten Uterus*. Inaug. Diss. Heidelberg, 1899.

(2) WERTH. Art. « Nebenhornschwangerschaft » in *Handbuch der Geburtshilfe* de von WINCKEL, II, 2 ; — WERTH. *Arch. f. gyn.*, t. 76, p. 48.

(3) LE FORT. Thèse d'agrégation, Paris, 1863.

(4) G. GROSS. Thèse de Nancy, 1899-1900 ; — Id. *Ann. de gyn., d'obst. et de péd.*, déc. 1901 ; — Id. *Ann. de gyn., d'obst. et de péd.*, janv. 1904.

CHAPITRE PREMIER

L'UTÉRUS UNICORNE AVEC CORNE RUDIMENTAIRE

La malformation dont nous nous occuperons exclusivement dans ce travail est décrite par Le Fort et la plupart des auteurs français sous le nom d'utérus unicorne avec corne rudimentaire. Depuis Säger, on la désigne souvent à l'étranger sous le nom d'utérus bicorne à col unique, avec corne rudimentaire.

Comme l'indique cette dernière dénomination, il s'agit d'une variété d'utérus double à corps indépendants, à cols fusionnés. L'appareil génital se compose dans ce cas :

D'un vagin unique et d'un col unique, dont l'aspect est généralement normal ;

D'une corne bien développée, continue avec le col, pourvue d'une trompe et d'un ovaire, reliée à la région inguinale par un ligament rond ;

Enfin d'une corne rudimentaire, également pourvue d'une trompe, d'un ovaire et d'un ligament rond, et reliée au col par un pédicule plus ou moins grêle.

Cette malformation résulte d'un arrêt de développement survenu dans un segment d'un canal de Müller. Nous n'aborderons pas l'étude de la pathogénie ; cela

nous entraînerait trop loin de notre sujet. Bornons-nous à indiquer quelques points d'anatomie, préliminaires indispensables à l'étude de la grossesse :

1° Lorsque la corne rudimentaire est creusée d'une cavité, celle-ci communique presque toujours avec le péritoine par l'intermédiaire d'une trompe perméable ;

2° Au contraire, elle est rarement en communication avec la cavité du col. Le pédicule en effet est presque toujours plein. Sur plus de 200 cas de cornes rudimentaires que nous connaissons, le pédicule n'était canalisé qu'une quinzaine de fois. La proportion cependant serait sans doute plus élevée, si un plus grand nombre de cas avaient été soumis à l'examen histologique.

3° Le développement de la muqueuse, dans la corne rudimentaire, n'est pas forcément en rapport avec le développement de sa paroi-musculaire. Dans une corne très rudimentaire on peut trouver une muqueuse relativement bien développée, et inversement.

Nous n'aurons en vue, dans ce travail, que la variété de malformation dans laquelle l'utérus unicorne est relativement bien développé, et s'ouvre dans le vagin par un col perméable. Sans doute il existe des formations beaucoup plus rudimentaires. Il peut même ne pas exister du tout d'utérus unicorne. Mais nous ne nous en occuperons pas : la grossesse ne peut se produire dans ces formations trop incomplètes. Nous n'étudierons pas non plus une malformation que beaucoup d'auteurs ont rattachée à celle qui nous occupe — l'utérus biloculaire avec atrésie d'une de ses moitiés — Cette malformation est d'ailleurs très rare.

La corne rudimentaire peut être le siège de plusieurs

affections : la grossesse est la plus fréquente. L'hématométrie s'y développe moins souvent (il en a été publié environ 50 cas). Enfin on y observe exceptionnellement des fibromes.

Ceci dit, voyons comment se fait la greffe de l'œuf dans la corne.

Pour que cette greffe soit possible, il faut d'abord que la cavité de la corne ne soit pas le siège d'une hématométrie. On conçoit en effet que cette affection rende la grossesse impossible. Pour que l'hématométrie ne se produise pas, il faut que la corne ne participe pas à la menstruation, ou qu'elle communique avec le col par un canal perméable. En dehors de ces deux conditions, l'hématométrie est inévitable, car il est peu vraisemblable que le sang menstruel puisse être complètement résorbé, comme le supposait Léopold (1), ou refluer par la trompe dans le péritoine (Ginsberg) (1), ce qui produirait une hématocèle.

En fait, comme le pédicule est presque toujours plein, et que l'hématométrie est relativement peu fréquente, nous pouvons admettre qu'habituellement la corne ne participe pas à la menstruation. L'étude de l'hématométrie semble montrer d'ailleurs que cette participation à la menstruation est indépendante de l'état de développement de la corne, aussi bien de sa paroi musculaire que de sa muqueuse.

La corne étant en état de recevoir l'ovule, par quelle voie celui-ci y pénétrera-t-il ? S'il vient de l'ovaire du même côté, il arrive tout naturellement par la trompe.

(1) LÉOPOLD, GINSBERG, cités in WERTH, *loco cit.*

S'il vient de l'ovaire du côté opposé (c'est le cas une fois sur deux environ), c'est encore par la trompe du côté rudimentaire, après migration intrapéritonéale ; en effet, le plus souvent, il n'a pas d'autre voie d'accès. Et, même le pédicule fût-il perméable, on admettrait difficilement que l'ovule, descendu par l'utérus unicorne, remontât ensuite le canal du pédicule. Un seul cas semble impliquer ce trajet paradoxal : c'est le cas de

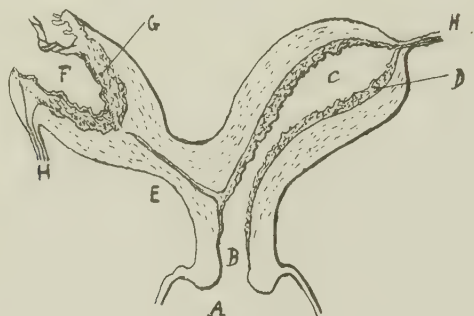


FIG. 1. — Utérus unicorne, avec corne rudimentaire gravide et rompue d'après HEYFELDER.

A. Vagin. — B. Col. — C. Cavité de l'utérus unicorne. — D. Caduque utérine. — E. Pédicule. — F. Cavité de la corne rompue. — G. Placenta. — H, H. Trompes.

Scanzoni (1), où une grossesse se développa dans une corne rudimentaire gauche dont le pédicule était largement ouvert, et la trompe imperforée : le corps jaune fut découvert sur l'ovaire droit. L'occlusion de la trompe fut vérifiée par l'examen histologique, fait par Kölliker ; mais comme l'auteur ne donne aucun détail sur la présence ou l'absence du tissu cicatriciel dans la trompe, rien ne nous empêche d'admettre que l'occlusion de la trompe ait été postérieure au début de la grossesse.

(1) SCANZONI, trad. française in *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1854, p. 727.

Si la voie du pédicule nous paraît invraisemblable pour l'ovule, nous l'admettrons par contre sans difficulté pour le spermatozoïde, qui, doué de mouvements propres, peut remonter le canal comme il remonterait la cavité utérine. Mais nous avons vu que le canal est rarement perméable. Le spermatozoïde est donc obligé de traverser l'utérus unicorne, puis la trompe correspondante, pour pénétrer dans le péritoine, et de là, uni ou non à l'ovule, être recueilli par l'autre trompe, qui l'amènera dans la corne rudimentaire. Si bizarre que soit ce trajet, nous sommes obligés de l'admettre, puisqu'il n'y en a pas d'autre possible. Küssmaul (1) avait bien pensé que le pédicule serait normalement perméable, mais se boucherait, après coup, par réaction gravidique. Aucun des documents rassemblés depuis ne plaide en faveur de cette manière de voir.

Nous voyons donc que, dans la plupart des cas, la grossesse implique la *migration transpéritonéale* soit de l'ovule, soit du spermatozoïde, soit de l'un et de l'autre.

(1) KUSSMAUL, *loc. cit.*

CHAPITRE II

ANATOMIE DE LA GROSSESSE

Nous examinerons successivement dans ce chapitre les parties bien développées de l'appareil génital, puis le sac foetal et ses annexes.

Du côté du vagin, rien de particulier. Il présente l'aspect qu'on rencontre habituellement dans la grossesse. A noter cependant le peu de profondeur des culs-de-sac signalé par certains auteurs.

Dans le cas de Palmer-Staude, on interpréta comme un rudiment de cloison un petit bourrelet saillant de la paroi antérieure. Une constatation analogue fut faite dans le cas de Beckmann. Le col ne présente, lui aussi, que les modifications gravidiques habituelles. Nous ne nous y arrêtons pas. Quant au corps de l'utérus unicorne, il présente quelques particularités : il est toujours incliné latéralement sur le col, et souvent un peu en arrière. Cette flexion existe aussi en dehors de la grossesse. En outre, comme dans la grossesse extra-utérine, l'utérus s'hypertrophie. Pendant le développement de l'œuf, l'accroissement est d'abord rapide, puis se ralentit. Il y a d'assez grandes variations d'un cas à l'autre : dans le cas de Conrad, au 7^e mois, la cavité utérine mesure 7 cent. $1/2$; dans le cas de Wells

(5 mois $1/2$), elle a 3 pouces $1/2$ (9 à 10 cent.) ; dans l'observation de Sergnikoff (8 mois) 13 à 15 centimètres.

Que le fœtus vienne à mourir, et l'involution se produit avec une rapidité variable. Voici quelques chiffres dans le cas de Cohn-Draghiesco, deux mois après la mort d'un fœtus de 7 mois, l'utérus mesure 9 centimètres. L'involution est retardée dans le cas de Scheffzeck (12 centimètres, un mois après la mort du fœtus à terme) et dans le premier cas de Nüchel (19 centimètres, 3 mois après la mort du fœtus à terme).

La cavité de l'utérus est revêtue d'une caduque, épaisse de 3 à 7 millimètres, qui sera généralement expulsée au moment de la mort du fœtus ; toutefois on a signalé son expulsion prématurée (un mois avant la mort du fœtus, Cameron, Netzel). Lorsqu'elle est expulsée d'un seul morceau, ce qui est d'ailleurs rare, on peut voir qu'elle présente l'aspect d'un sac fusiforme avec deux orifices.

Les modifications du sac fœtal dépendent beaucoup de l'état antérieur de la corne, dont le volume peut varier dans de grandes proportions. Mais on peut prévoir que la corne réagira mieux à l'excitation gravidique que ne le ferait la trompe par exemple.

Au point de vue macroscopique, nous pouvons décrire deux types de sac fœtal ; l'un au début de la grossesse, l'autre à terme.

Dans le premier cas, à l'ouverture du ventre, l'appareil génital ressemble assez à un utérus bicorne bien développé. C'est que, d'une part, l'utérus hypertrophié, et d'autre part la corne rudimentaire gravide, ont pendant les premiers mois de la grossesse un volume très com-

parable, une orientation à peu près symétrique, et surtout que le sac, normalement, ne contracte pas d'adhérences. Il est libre et entouré de péritoine sain comme l'utérus lui-même. Un ligament large s'étend entre la paroi pelvienne d'une part, le sac, son pédicule et ses annexes d'autre part. Toutefois on n'a pas de peine à remarquer quelques différences entre les deux côtés : c'est d'abord que l'utérus est continu avec le col, tandis que la corne gravide, un peu éloignée de lui, en est séparée par un pédicule rétréci ; c'est ensuite que le ligament large du côté rudimentaire est plus bas que celui du côté sain ; par suite, le repli de Douglas est plus effacé, les culs-de-sac anté et rétro-utérins sont moins profonds du côté du sac.

Remarquons dès maintenant qu'on n'a jamais signalé, dans les cas d'utérus unicorne avec corne rudimentaire, le ligament vésico-utérin qu'on a vu assez fréquemment dans les cas d'utérus bicornes bien développés.

Enfin, on voit la corne gravide faire une saillie plus marquée que l'utérus dans la cavité péritonéale. Elle bombe en quelque sorte légèrement, et nous allons en trouver l'explication en coupant la corne gravide suivant l'axe du ligament large. Nous voyons alors qu'on peut diviser sa paroi en deux parties : l'une péritonéale, arrondie, distendue, amincie ; l'autre juxtaligamentaire, condensée, hypertrophiée, fortement musclée. Cette partie non distendue s'étend à peu près depuis l'implantation du pédicule jusqu'aux insertions de la trompe, du ligament rond et du ligament ovarien. Aussi voit-on l'écartement entre ces différents points varier très peu au cours de la grossesse. C'est la partie fixe de la corne ; à mesure que

celle-ci se développe, les annexes, attachées à cette partie fixe, apparaissent dans une situation de plus en plus profonde. Le développement du sac fœtal se fait presque exclusivement aux dépens du reste de la corne. Le sac prend ainsi une forme ovulaire, à grand axe oblique en haut et en dedans, et reste toujours latéral grâce à la fixité de sa base au niveau du ligament large.

L'amincissement qui résulte de la distension amène entre les deux parties de la paroi un contraste considérable : tandis que la partie non distendue atteint, grâce à son hypertrophie, une épaisseur de 2, 3 centimètres quelquefois, le pôle opposé de la tumeur devient mince comme une feuille de papier, ou, s'il a une épaisseur appréciable, elle ne dépasse pas en tous cas 2 à 3 millimètres. Ce contraste est si frappant qu'il est signalé dans presque toutes les observations.

La grossesse est-elle spécialement la cause d'une telle inégalité ? non. Il semble que la corne rudimentaire, à l'état de vacuité, soit plus mince du côté péritonéal que du côté juxtaligamentaire. On a signalé dans plusieurs observations d'hématométrie une forme analogue, quoique moins accusée. D'ailleurs si nous considérons l'utérus unicorne, nous voyons que lui aussi présente deux parois inégales. Et quoi de plus naturel ? Le bord adhérent de l'utérus unicorne, le bord adhérent de la corne rudimentaire, ce seraient, s'il n'y avait pas eu un arrêt de développement, les deux bords du corps utérin ; ils en ont l'épaisseur normale. Leurs bords libres, au contraire, auraient fusionné pour former une cloison intra-utérine qui n'aurait pas tardé à disparaître.

Werth (1) donne une autre explication. Pour lui, l'inégalité de distension vient de ce que l'une des parois est fixe et l'autre libre. Un phénomène analogue se produit lorsqu'une grossesse se développe dans un utérus fixé en rétroversion (2), ou encore dans un utérus dont le fond a été fixé chirurgicalement à la paroi abdominale. Une seule des parois utérines, l'antérieure dans le premier cas, la postérieure dans le second, supporte toute la distension.

L'analogie entre la corne rudimentaire et ces utérus fixés ne nous paraît pas absolument exacte. La corne n'est pas absolument fixée; les points d'attache au ligament large sont eux-mêmes susceptibles d'une certaine mobilité, et, par suite, d'un écartement assez considérable. D'ailleurs il existe des cas exceptionnels où la distension s'est faite entièrement vers le ligament large (Cameron, Fraenkel, Ginsberg). Mais au moins dans les deux premiers cas il n'y avait pas de pédicule, et peut-être s'agissait-il, — c'est d'ailleurs la conclusion de Fraenkel (3), — d'une malformation dérivant de l'utérus bicorné bicervical. Un type un peu plus avancé de cette malformation se retrouverait par exemple dans le cas de Bastian (4), où il existait au fond d'une petite dépression vaginale un bourgeon cervical très petit, complètement séparé du corps de l'hémi-utérus gravide.

A terme, l'aspect de la corne gravide sera tout à fait comparable à celui de l'utérus gravide; la forme, la

(1) WERTH, *loc. cit.*

(2) PINARD, SEGOND et COUVELAIRE. Etude clinique et anatomique d'un utérus parturient à terme, fixé en rétro-latéroversion par des adhérences périmétritiques. *Annales de gyn. et d'obst.*, juillet 1903.

(3) FRAENKEL. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.* t. 18, p. 283.

(4) BASTIAN, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1909, n° 1.

couleur, l'absence habituelle d'adhérences, concordent pour faire prendre à première vue pour un utérus la masse qui se présente dans l'incision abdominale. Mais on remarque rapidement que cet utérus ne porte d'annexes que d'un côté; qu'il n'est pas sur la ligne médiane, mais fortement attiré du côté de ses annexes; que son grand axe est oblique en haut et en dedans. Enfin, lorsqu'on l'écarte et qu'on cherche à explorer sa base d'implantation pelvienne, on s'aperçoit de l'existence d'un autre corps utérin plus petit, également unicorne, et auquel le sac est relié par un pédicule plus ou moins rétréci.

Ici encore la base juxtaligamentaire du sac reste épaisse, étroite, musculeuse. Tout le développement se fait vers la cavité péritonéale.

Le pédicule de la corne gravide s'hypertrophie lui aussi au cours de la grossesse. Ses dimensions et sa forme dépendent généralement du degré de développement de la corne rudimentaire : à une corne bien développée correspond un pédicule gros et court; à une corne très rudimentaire, un pédicule long et grêle. Dans le cas de Luschka, où la corne avait la grosseur d'un œuf de cane, le pédicule était long de 3 cent. 5, large de 1 cent. 1, et épais de 0,3 millimètres. Dans le cas de Manierre (1), où le sac, relativement bien développé, contenait un fœtus de 16 centimètres le pédicule avait 2 centimètres de long sur 2 ou 3 de diamètre.

Le pédicule, à moins d'être très fin, est de nature musculaire. Vers son centre on observe quelquefois un canal, borgne d'un côté ou des deux côtés, et beaucoup

1) MANIERRE. *The Amer. Gyn. and Obst. jnal*, 1899, p. 212.

plus rarement un canal perméable, mais presque toujours microscopique. On a décrit des variétés isolées, qui paraissent se rattacher à la persistance de débris wolffiens : second canal surnuméraire (Werth), canal biturqué (Canestrini). Il ne faut pas, comme quelques auteurs, prendre pour un canal de communication la lumière d'un des gros vaisseaux que l'on rencontre fréquemment dans le pédicule. Pareille méprise a été ultérieurement rectifiée par les examens histologiques (cas de Behse (1) repris par Kussmaul, Holst, Reissner).

L'insertion du pédicule sur l'utérus a lieu généralement à la hauteur de l'orifice interne du col. Son insertion plus élevée a été signalée. On l'a vu aussi avoir une large insertion linéaire sur tout le bord correspondant de l'utérus. La forme du pédicule est aussi des plus variables ; la plus fréquente paraît être celle à section ovale, à grand axe vertical. Il est assez souvent aplati dans le sens antéro-postérieur.

Le sac peut contracter des adhérences, qui peuvent en imposer pour de faux pédicules, notamment lorsqu'il adhère au vagin, et on peut ainsi hésiter sur le diagnostic de la malformation (Schramm, Sergnikoff, Cameron, Fraenkel).

Le ligament rond subit une hypertrophie considérable, qui paraît souvent exister en dehors de la grossesse, et où certains auteurs ont cru voir une cause de la malformation elle-même (von Winckel, Robert Meyer). La trompe est généralement normale, et très comparable à celle du côté opposé. Elle peut présenter des mal-

(1) Obs. BEHSE reconstituée in KEHRER, *loc. cit.*

formations (pavillons surnuméraires) ou une longueur exagérée (25 centimètres dans un cas de Nüchel). Enfin, l'ovaire paraît également normal ; on a quelquefois signalé sa migration incomplète ; il reste alors un peu au-dessus du détroit supérieur.

Nous avons à peu près indiqué, à propos de l'aspect de la corne gravidé, la disposition du péritoine. La profondeur du cul-de-sac inter-utérin dépend du point d'insertion du pédicule ; aussi le cul-de-sac peut-il disparaître complètement. Quelquefois le péritoine ne descend pas jusqu'au fond de l'angle inter-utérin.

La disposition des vaisseaux est fort mal connue. Elle n'a fait l'objet d'aucune recherche ou à peu près. Des vaisseaux longent certainement le bord adhérent de la trompe, de la corne et du pédicule. On les voit sur un certain nombre de pièces, et en particulier sur la nôtre. Le type le plus habituel paraît être celui d'une arcade, formée par l'utéroovarienne et l'utérine, renforcée par l'artère du ligament rond. Ce type a été décrit par Kehler.

D'autres vaisseaux, dont il est plus souvent question dans les observations, sont ceux que l'on trouve dans le parenchyme du pédicule. C'est qu'en effet ces vaisseaux visibles à l'œil nu et béants sur la tranche du pédicule, ont donné lieu dans quelques cas à des difficultés opératoires sérieuses. Un assez grand nombre d'auteurs insistent sur les incidents auxquels a donné lieu l'hémotase du pédicule. Dans un cas de Léopold (1^{er} cas de Krüll), l'hémotase ne put être réalisée que par l'hystérectomie bilatérale.

D'où viennent les vaisseaux du pédicule ? Il est vrai-

semblable qu'ils établissent une communication entre la circulation de la corne et celle de l'utérus, ou tout au moins entre la circulation du col et celle de la corne. En effet, si des vaisseaux importants abordaient le pédicule par ses faces, ils auraient pu être coupés au cours des interventions, et attirer ainsi l'attention des auteurs.

L'étude histologique de la corne et de son pédicule est encore très peu avancée. Ce n'est guère que depuis une dizaine d'années, à l'instigation de Küstner et de Werth, que les auteurs l'ont abordée d'une façon sérieuse.

Le pédicule présente peu de particularités intéressantes. Dans les cas où il a été examiné histologiquement, il était musculaire. On trouve alors des fibres musculaires lisses à disposition généralement circulaire, renforcées par une couche périphérique longitudinale. Aux dépens de cette dernière pourrait se constituer un échange de fibres entre les deux cornes (Werth) (1).

Le canal, borgne ou perméable, que l'on peut trouver dans le pédicule, est revêtu d'un épithélium cylindrique (Kelly) ou cubique (Kolff) à une seule couche de cellules, reposant sur une mince couche de substance conjonctive réticulaire. Sinclair (2) l'a trouvé un peu altéré, et on pourrait interpréter ses préparations dans le sens d'une desquamation qui préparerait peut-être l'atrésie du canal. Rokitansky a trouvé cette muqueuse transformée en caduque.

La paroi de la corne présente, suivant les cas et suivant

(1) WERTH, *loc. cit.*

(2) SINCLAIR. *The Journal of Obst. and Gyn. of the Br. Emp.* vol. I, p. 61.

les points examinés, des aspects assez différents. Werth (1) a décrit dans la base d'une corne relativement bien développée, trois couches musculaires : une moyenne, épaisse, formée de faisceaux entrelacés et parcourue par des vaisseaux importants ; deux couches longitudinales, l'une interne, l'autre externe.

Un autre type que l'on peut rencontrer dans les parties distendues, ne diffère du précédent que par la disparition plus ou moins complète de la couche moyenne. Enfin, Beckmann (2) a signalé, dans les parties distendues d'une corne rudimentaire, la prédominance du tissu conjonctif, qui formait presque toute la paroi, en englobant quelques fibres musculaires dissociées. Les auteurs qui ont repris depuis l'étude histologique de la corne gravidé n'ont pas retrouvé ce tissu conjonctif, sauf Werth dans un cas. Dans le cas de Manierre (3) on trouva par places des régions de moins de 1 millimètre carré de surface, dans lesquelles le tissu musculaire manquait complètement. L'auteur explique ce fait par l'insuffisance de nombre des cellules musculaires, qui ne peuvent plus former une couche continue lorsque la corne est très distendue.

Werth a également observé, dans les régions où la distension était intense, et où la musculature propre ne paraissait pas hypertrophiée, un développement considérable de la couche musculaire sous-séreuse, dont les cellules étaient jusqu'à 4 fois plus grosses que celles des autres couches de la corne elle-même. L'auteur dit avoir observé un fait analogue dans la grossesse tubaire.

(1) WERTH. *Arch. f. Gyn.*, B. 76, p. 48.

(2) BECKMANN, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, B. 35, p. 60.

(3) MANIERRE. *loc. cit.*

Quant à la muqueuse, elle est, suivant les cas, plus ou moins bien développée. En d'autres termes, ou bien il n'y a pas de caduque (Meyerhoff, Smith et Williamson, Freund), ou bien il y en a une (Porter, Salin, Kehrer, Manierre). Mais toutes les observations n'ont pas une égale valeur. Lorsqu'il s'agit de rétention prolongée du fœtus mort, la caduque peut avoir subi les altérations en rapport avec la mort de l'œuf ou son infection. Les seuls cas dont on pourrait tenir compte, et ils sont peu nombreux, sont ceux observés pendant l'évolution de la grossesse (cas de Freund, Manierre, Fuchs, Hoff...). L'état de la muqueuse varie également suivant les endroits examinés ; dans notre pièce, par exemple, la caduque manque par places, les villosités s'implantant directement sur la couche musculaire constituée d'une façon typique.

Malgré le petit nombre des pièces examinées histologiquement, nous pouvons admettre que l'insuffisance de la muqueuse est plus fréquente que son développement complet. En général, la muqueuse est privée de glandes ou pauvre en glandes. Lorsqu'elle formera une caduque, celle-ci sera souvent elle-même insuffisante ; par places elle pourra faire complètement défaut.

L'œuf, en se greffant dans la corne rudimentaire, rencontre donc immédiatement deux conditions défectueuses, l'étroitesse de la cavité et l'insuffisance de la muqueuse. En cas d'insuffisance de la muqueuse nous pouvons supposer que l'œuf se greffe comme dans la trompe ; il pénètre dans la muqueuse et se greffe non dans la muqueuse, mais sur le muscle. Mais dès le début de son développement, il va se trouver en rapport par sa périphérie avec toute la surface de la cavité trop petite de

la corne, si bien que la presque totalité du sac fœtal peut être occupée par l'insertion placentaire ; c'est ainsi que dans beaucoup d'observations il est question de placenta diffus, ou encore de placenta trilobé comme dans le cas de Von Ott. Il est souvent question également d'insertion vélamenteuse du cordon.

Suivant que la muqueuse sera insuffisante ou bien développée, l'insertion de l'œuf sur la paroi sera du type tubaire ou du type utérin. La distinction pourra quelquefois se faire sans examen microscopique ; aux points où il existe une caduque, le placenta se détache facilement de la paroi ; si, au contraire, il n'y a pas de caduque (type tubaire) le placenta pénètre la paroi, fait corps avec elle, et ne peut en être détaché qu'artificiellement.

Si nous pratiquons une coupe histologique au niveau d'une de ces zones d'adhérence, voici ce que nous voyons. Il n'y a pas trace de cellules déciduales, ou tout au plus il en existe quelques groupes isolés insignifiants.

Les villosités, bordées par une double assise de cellules, ne sont séparées des éléments maternels que par une raie de fibrine, qui par place peut manquer. Les cellules de l'ectoderme fœtal entrent en contact avec les fibres musculaires, entre lesquelles elles s'insinuent. Elles les dissocient, abordent la région vasculaire de la paroi et se groupent autour des vaisseaux. Ailleurs on peut les voir pénétrer dans un lac sanguin, le combler et pousser des prolongements le long des vaisseaux. Elles arrivent ainsi à désorganiser la couche musculaire et à troubler profondément sa circulation.

Cette pénétration s'accompagne de phénomènes secondaires plus ou moins importants : œdème, infiltration leucocytaire, dégénérescence des fibres musculaires, nécroses plus ou moins étendues des éléments de la paroi et des villosités elles-mêmes ; par places, hémorragies intrapariétales.

En somme, il se passe là un phénomène qui est habituel dans l'évolution de la grossesse tubaire (1), et qui peut exceptionnellement se produire dans l'utérus, dans certains cas exceptionnels d'adhérence anormale du placenta ou dans certains cas de mûles perforantes. Les villosités ne trouvant pas dans une caduque les éléments nécessaires à leur nutrition, ont pénétré plus loin dans la paroi, et n'ont trouvé de conditions favorables à leur développement qu'en arrivant dans la région vasculaire de la paroi ; mais là leur présence même et leur action destructive n'ont pas tardé à modifier profondément et à affaiblir cette paroi.

La muqueuse ayant failli à son rôle de protection de la paroi, l'œuf a pénétré la paroi à la façon d'une tumeur maligne.

Voici quelques exemples des deux types d'implantation de l'œuf. Dans le cas de Manierre (2), par exemple, (grossesse en évolution interrompue par l'opération vers le 4^e mois) l'examen histologique fait par Herzog ne permet de relever aucune particularité du côté de la muqueuse. « La caduque présente les cellules déciduales normales, et une mince couche de fibrine réticulée.

(1) Voir COUVELAIRE. *Etude anatomique sur les grossesses tubaires*. Thèse de Paris, G. Steinheil, 1901.

(2) MANIERRE, *loc. cit.*

Le mode d'attache des villosités à la caduque est normal. Des transformations de dégénérescence de la caduque ne se rencontrent qu'à un faible degré. »

Dans les cas de Freund, de Hoff, c'est tout le contraire qui se produit. Voici ce qui résulte de l'examen histologique dans le cas de Hoff (1) (rupture au 4^e mois) : « Le placenta pénètre très loin dans les tissus musculaires, il n'y a pas de caduque, et les villosités sont seulement séparées des fibres musculaires par un réseau fibrineux, qui même n'existe pas partout. Plus loin on trouve une abondante infiltration leucocytaire, et les fibres musculaires peuvent être nécrosées. Par endroits les villosités sont également nécrosées.

Les villosités pénètrent dans les veines. A leur voisinage les fibres musculaires sont œdématisées ou dégénérées. Un seul endroit pourrait être considéré comme revêtu d'un rudiment de caduque, et encore cette interprétation est contestable. »

Nous verrons plus loin à quels accidents la grossesse est exposée du fait de ces destructions étendues. Dès maintenant nous pouvons conclure que la corne utérine peut être rudimentaire, soit par sa musculature, soit par sa muqueuse. Nous pouvons prévoir que la grossesse n'ira à terme que dans des conditions spéciales ; soit qu'une muqueuse bien conformée protège suffisamment une paroi médiocre, soit que l'œuf se soit greffé sur une partie épaisse, bien développée au point de vue musculaire.

(1) HOFF. Inaug. Diss. Bern, 1906.

CHAPITRE III

EVOLUTION DE LA GROSSESSE. — COMPLICATIONS

Par ses symptômes, la grossesse d'une corne rudimentaire se rapproche plus de la grossesse normale que de la grossesse tubaire. Son évolution est rarement douloureuse. Certaines femmes prétendaient même avoir mieux supporté la grossesse dans leur corne rudimentaire qu'elles ne l'avaient supportée antérieurement dans leur utérus unicorne.

Un grand nombre des femmes qui font l'objet des observations ci-jointes, sont en effet des multipares. Dans leurs antécédents, les accouchements normaux au voisinage du terme s'observent dans une proportion relativement élevée — Quelques-unes ont eu 4 ou 5 enfants — D'autres ont eu des présentations viciées. Mais le plus souvent, les grossesses antérieures ont été interrompues par des accouchements prématurés ; cela peut s'expliquer par le peu d'étoffe de l'utérus unicorne.

La corne rudimentaire peut d'ailleurs être cause de dystocie : cela s'est probablement produit dans 3 cas rassemblés par Müller (1). Mais un seul de ces cas, celui de Borinski, repose sur une vérification anato-

(1) P. MULLER, *Arch. f. Gyn.*, 1873, B. V,

mique : sa malade mourut de péritonite purulente, 8 jours après une céphalotripsie nécessitée par la rétention de la tête dernière. A l'autopsie, on trouva une corne rudimentaire de 44 centimètres sur 5,5, hypertrophiée, reliée à l'utérus par un pédicule finement canaliculé. Sa cavité contenait une caduque. Dans ce cas, comme dans les deux autres de Müller, la dystocie s'était produite comme dans les cas de fibrome du segment inférieur.

Il est probable que la grossesse peut se développer simultanément d'un côté et de l'autre : les cas de Day, de Nüchel-Herbing, semblent le démontrer, mais ils manquent de précision.

De même, les cas de Haydon et Smith et de L. Meyer peuvent être interprétés soit comme grossesses géminaires dans une corne rudimentaire, soit plutôt comme grossesses successives dans la même corne (1).

On a vu des grossesses de l'utérus unicorne évoluer pendant la rétention du fœtus mort dans la corne rudimentaire. Dans le cas de Van Deen par exemple, la nouvelle grossesse alla à terme sans encombres. Dans le cas de Küstner elle fut interrompue par avortement au 4^e mois. Enfin Bazterrica opéra d'un kyste fœtal de la corne rudimentaire une femme qui était au 5^e mois d'une grossesse utérine, et qui continua sa grossesse sans accidents.

Après les opérations pour grossesse de la corne accessoire, on a vu assez fréquemment les malades redevenir enceintes, du côté bien développé. Tous les cas signalés

(1) KÉHRER, *loc. cit.*

sont allés au voisinage du terme. Notre observation semblerait prouver qu'une grossesse tubaire peut se développer dans les mêmes conditions. Mais nous n'avons pas eu de démonstration anatomique ou opératoire de ce fait. Il en est de même d'un cas fort douteux dont parle Reed à propos de la discussion du mémoire de Manierre (1).

L'évolution de la grossesse dans la corne rudimentaire est habituellement paisible, et nous considérerons comme normale son évolution jusqu'au voisinage du terme. Rien pendant ce temps ne peut attirer l'attention de la femme, si ce n'est la situation latérale du sac gravidé, et l'obliquité de son grand axe en haut et en dedans.

Lorsque le terme est atteint, la femme est prise de douleurs comme pour un accouchement normal. Ces douleurs persistent pendant un temps relativement court : 48 heures ou trois jours en moyenne. Elles sont assez discrètes, et naturellement ne s'accompagnent pas de l'expulsion du fœtus (car nous ne considérerons pas comme des cornes rudimentaires celles d'où le fœtus a pu être extrait par les voies naturelles). Par contre, on a vu, exceptionnellement, l'expulsion du liquide amniotique par le canal du pédicule. Ordinairement apparaît un léger écoulement sanguin, suivi au bout de deux ou trois jours de l'expulsion de fragments de caduque. Les mouvements actifs du fœtus s'arrêtent au bout de quelques heures de ce faux travail. Puis tout rentre dans l'ordre, après une montée de lait.

(1) *Amer. Gyn. and Obst. jnal*, 1899, p. 212 et 243

L'évolution clinique de la grossesse est terminée, en même temps que commence la rétention du fœtus mort.

L'évolution normale de la grossesse peut être modifiée par une complication. Nous ne parlons que pour mémoire : de la torsion du sac, qui, observée anatomiquement dans le cas de Galle-Fritsch, n'a donné lieu à aucun symptôme clinique ; — et de la présence de la corne gravide dans un sac herniaire, dont il n'existe qu'un seul cas, d'ailleurs douteux, de Rektorzik (1).

Les seules complications importantes sont :

La mort prématurée du fœtus ;

La rupture du sac ;

La rétention du fœtus mort.

Mort prématurée du fœtus. — Cet accident, si fréquent dans la grossesse tubaire, est relativement rare dans la corne rudimentaire. Nous ne l'avons rencontré que 28 fois sur 145 observations (en considérant comme prématurée la mort avant 8 mois). Un deuxième caractère important est l'époque tardive de son apparition. Tandis que dans la grossesse tubaire on l'observe dès les premières semaines, ici il se produit habituellement aux 4^e, 5^e mois et même au delà. La différence tient évidemment à une meilleure adaptation du sac fœtal.

Son mécanisme prête à discussion : pour Werth (2), Fuchs (3), la mort de l'œuf peut survenir par excès de pression intraovulaire : la paroi de la corne ne se laissant pas suffisamment distendre, la pression qu'exercent ses

(1) REKTORZIK, cité *in extenso*, in KEHNER, *loc cit.*

(2) WERTH, *loc. cit.*

(3) FUCHS, *Beiträge zur Geb. u. Gyn.*, XI, 2, 220.

couches superficielles amènerait une ischémie complète des couches profondes, d'où mort de l'œuf, insuffisamment nourri.

A côté de cette théorie, il en est une autre, acceptée conjointement avec elle par Fuchs, mais considérée comme peu probable par Werth : la mort de l'œuf serait la conséquence des hémorragies intrapariétales, comme cela se produit dans la trompe.

Notre tendance personnelle serait d'admettre la seconde théorie, à l'exclusion presque complète de la première : les hémorragies intrapariétales ont été réellement observées (Fuchs), et la pénétration des villosités dans la paroi est un fait des plus fréquents (Werth, Freund, Fuchs, Hoff, Scheffzeck....) ; on peut même dire que ce fait doit être la règle dans le cas de mort prématurée du fœtus. Or, cette pénétration est précisément la cause des hémorragies intrapariétales, comme nous l'avons vu. Au contraire, nous ne trouvons aucun fait en faveur de la première théorie de Werth.

Nous avons peu de renseignements sur les phénomènes qui accompagnent la mort prématurée du fœtus. Le cas observé dans les meilleures conditions est celui de Fuchs-Küstner (1), qui fut opéré une vingtaine de jours après le début des accidents : un peu de sang avait reflué par la trompe dans le péritoine. La corne était intacte, mais un épanchement sanguin important siégeait dans les couches profondes et avait fusé dans l'espace intermusculoplacentaire. C'était, prise sur le vif, la cause évidente de la mort de l'œuf.

Des caractères de cette observation et de quelques

(1) FUCHS, *loc. cit.*

autres, et surtout des symptômes négatifs des cas anciens, nous pouvons conclure que la mort du fœtus n'est suivie que d'une hémorrhagie intrapéritonéale insignifiante. Sauf dans le cas de Fuchs, on ne mentionne jamais la présence d'une hématocele.

La conséquence, c'est qu'au point de vue clinique les accidents seront très discrets. Nous n'aurons ni signes d'hémorrhagie, ni signes de réaction péritonéale. En fait, à la date présumée de la mort du fœtus, dans la plupart des observations, il n'est question que de légères douleurs, de petites hémorrhagies, d'expulsion de caduque par fragments, et enfin la montée du lait dans les seins. Lorsque la grossesse est assez avancée, le symptôme le plus frappant aux yeux de la mère, c'est la cessation des mouvements actifs.

En somme, accidents très discrets, comme ceux qui accompagnent la mort du fœtus à terme. Tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours, et les symptômes que l'on observe ultérieurement sont ceux de la rétention du fœtus mort.

Pour nous résumer, nous dirons que la mort prématurée du fœtus est un accident assez peu fréquent, tardif, s'accompagnant de lésions très localisées et de symptômes peu bruyants.

Rupture de la corne gravidé. — La rupture paraît être l'accident le plus fréquent. Sur les 145 cas observés, nous la trouvons 60 fois, soit 41 %. Mais si nous faisons commencer notre statistique à 1885, en éliminant les observations anciennes, nous ne trouvons plus que 32 cas de rupture sur 108 observations, soit 29,6 pour 100.

Ici encore il s'agit d'un accident tardif. Il se produit presque toujours après le 3^e mois, avec un maximum de fréquence aux 4^e et 5^e, et peut encore se produire très près du terme (à 8 mois 1/2 dans le cas de Hancox).

D'après Fuchs (1), la rupture peut se produire :

1^o Par éclatement, causé par la pression intérieure croissante ;

2^o Par érosion du sac, causée par la pénétration des éléments fœtaux.

Nous avons peine à admettre le rôle exclusif de la pression intraovulaire. Dans tous les cas de grossesses rompues qui ont été examinées, il existait toujours, au voisinage des lèvres de la déchirure, un certain degré d'insuffisance de la muqueuse. Il a dû se produire au moins un amincissement de la paroi par l'action destructive de l'œuf, et alors sans doute la pression intérieure a achevé la rupture.

Naturellement, celle-ci siège toujours au pôle supéro-interne du sac, au point que nous avons vu aminci par la distension. C'est aussi le point le plus mal vascularisé. La mauvaise vascularisation, jointe à la pression, qui ne peut que l'accroître, suffirait-elle à produire la nécrose de la paroi ? Nous croyons qu'il vaut mieux expliquer cette nécrose par les troubles circulatoires dus à la pénétration des éléments fœtaux dans la paroi. Cette nécrose étendue est d'ailleurs exceptionnelle. Elle peut amener une rupture sans hémorragie importante, puisque les tissus déchirés sont préalablement nécrosés. C'est ainsi que s'expliqueraient les cas de ruptures sans

1) FUCHS, *loc. cit.*

grands accidents avec survie du fœtus dans l'abdomen (Hannes, Küstner).

Mais le plus souvent la rupture se produit comme pour la trompe, par amincissement progressif dû à la destruction des couches profondes. Tantôt la contraction de la portion basale du sac achève de rompre une paroi à moitié détruite, la rupture est brusque, violente. Tantôt, au contraire, les éléments fœtaux avancent progressivement dans la paroi, précédés de petites hémorragies interstitielles. Lorsque la séreuse est près d'être atteinte, de petites effractions de sa surface permettent même une légère hémorragie péritonéale, suivie de la production de quelques adhérences. Un tel processus a été observé par Freund (1), examinant une pièce de grossesse opérée en imminence de rupture. C'est sans doute aussi à cette pathogénie qu'il faut rattacher le cas de Maassen-Slavjanski, où la corne n'était pas encore rompue, mais où une véritable inondation péritonéale avait été produite par la rupture d'une veine sous-séreuse. C'est encore ainsi qu'il faut expliquer les cas de « rupture en plusieurs temps », ou de ruptures successives » que croyaient avoir observé certains auteurs (Kœberlé).

Dès que la paroi commence à céder, la contraction des fibres musculaires de la base du sac exerce une forte traction sur la partie supérieure : c'est pourquoi la corne se trouve presque toujours largement déchirée : il est exceptionnel qu'on trouve de ces petites perforations à l'emporte-pièce, comme on en observe sur la trompe.

(1) R. FREUND. *Archiv für Gynäkologie*, Bd. 79, p. 381.

Ici il s'agit toujours de déchirures considérables, intéressant souvent le sac sur toute l'étendue de son plus grand diamètre. Les bords de cette déchirure sont puissamment rétractés, de telle sorte qu'il existe souvent une véritable éversion du sac. On conçoit que dans ces conditions le fœtus soit violemment projeté dans l'abdomen, quelquefois dans un amnios intact. Le placenta, trop adhérent au sac, est entraîné par les parois rétractées, et, dans certains cas, la corne rompue peut prendre l'aspect d'un champignon dont le pédicule serait le pied, et dont la calotte serait formée par les parois rétractées et éversées de la corne, coiffées par le placenta.

Naturellement l'hémorragie est alors considérable. La mort peut survenir très rapidement (en 6 heures dans le cas de Bandl-Hoffmann, en 7 h. 1/2 dans le cas de Heyfelder). Heureusement, dans beaucoup d'autres cas, l'hémorragie a pu s'arrêter spontanément, pour reprendre, il est vrai, quelques heures après ; mais enfin on a eu le temps d'agir.

D'après ce que nous avons dit tout à l'heure, il doit y avoir exceptionnellement des ruptures qui se produisent sans hémorragie importante, et par suite sans grands symptômes. Une grossesse cornu-péritonéale secondaire peut alors se développer. Mais dans la plupart des cas, la rupture a un caractère foudroyant, plus encore que dans la grossesse tubaire.

Une femme en pleine santé, et se croyant enceinte, est prise brusquement, à la suite d'un coït ou d'un effort violent, d'une grande douleur dans un côté du ventre. Presque aussitôt elle pâlit, son visage se couvre de sueurs froides, elle se sent faiblir, elle est obligée de

s'étendre sur un lit. Puis, en quelques heures, c'est une série de syncopes, dans l'intervalle desquelles la malade reste d'une pâleur livide, avec les muqueuses décolorées, les extrémités froides, avec un pouls petit, rapide, filant. La grande douleur abdominale a alors disparu, mais tout le ventre maintenant est sensible, douloureux à la pression. Il y a arrêt presque complet des matières et des gaz, quelquefois des vomissements. Un léger écoulement sanguin apparaît à la vulve.

Si la malade survit à ces accidents, on voit apparaître les jours suivants les signes habituels de la mort du fœtus : élimination de caduque, montée de lait, puis les accidents s'amendent très lentement, et aboutissent à la formation d'une hématocele, et à la rétention du fœtus dans la cavité péritonéale.

Mais la survie est rare : sur nos 31 premières observations (1), il y en a 27 de ruptures non opérées ; 23 moururent immédiatement, trois autres moururent ultérieurement de l'infection de leur hématocele, une seule malade survécut.

Nous concluons donc que, dans la grossesse d'une corne rudimentaire, la rupture est un accident relativement fréquent, d'apparition tardive, d'allure dramatique, et presque toujours mortelle.

Nous n'étudierons pas dans un chapitre spécial la rétention intrapéritonéale du fœtus, lorsque la mère survit à la rupture du sac. Nous la rapprocherons de la rétention du fœtus mort dans la corne.

Rétention du fœtus mort. — Nous voyons donc qu'en

(1) Voir le tableau des observations, à la fin de ce travail.

l'absence de toute intervention, si la grossesse n'amène pas d'accidents mortels, elle aboutit toujours à la rétention du fœtus mort. Nous aurons surtout en vue la rétention, dans la corne, du fœtus mort à terme.

La mort du fœtus sera suivie des phénomènes habituels : résorption lente du liquide amniotique, macération du fœtus, rétraction de la paroi sur le fœtus macéré. Après un temps plus ou moins long, on peut observer la momification du fœtus (cas de von Rosthorn), ou sa transformation en lithopédion. Nous n'insisterons pas sur ces phénomènes : ils n'ont rien de spécial à l'affection qui nous occupe. Disons seulement qu'à une période plus ou moins tardive, le sac et son contenu peuvent s'infecter. L'infection vient soit par voie ascendante, si le pédicule est perméable, soit par voie péritonéale, et surtout il s'agit dans la plupart des cas d'une migration de germes intestinaux, préparée par les adhérences. C'est qu'en effet, à mesure que l'on s'éloigne de la date de la mort du fœtus, le sac se trouve de plus en plus immobilisé. Il adhère aux anses intestinales, à la vessie, au rectum, à la paroi abdominale. Ces adhérences se sont formées petit à petit, ou plus rapidement au cours de crises de pelvipéritonite.

L'infection du sac fœtal amène la pyométrie. Cette affection peut aussi être l'aboutissant de l'hématométrie. L'évolution de la pyométrie sera rapide et accompagnée d'une forte réaction péritonéale. Elle amène la transformation purulente du contenu du sac, la putréfaction du fœtus, et l'apparition dans la paroi de lésions infectieuses banales.

La rétention aseptique et la pyométrie peuvent aboutir

l'une et l'autre à la rupture du sac. Dans le premier cas, celle-ci pourra être préparée par les amincissements que certains auteurs ont constaté dans la paroi du sac, au contact des parties dures du fœtus (hanche, tête). Ce mécanisme paraissait des plus nets dans le cas de Smoler (1). La rupture pourra être complète et donner des symptômes analogues à ceux que nous avons décrits précédemment (cas de Joerg et Güntz, Chiari). D'autres fois elle sera un accident sans gravité, immédiatement arrêté par un processus naturel (adhérences, bouchons placentaires), comme dans les cas de Frank et de Langlands.

La pyométrie, entourée d'adhérences se rompt le plus souvent dans l'intestin. Toutefois, au moment où le sac commence seulement à s'infecter, il peut encore s'ouvrir dans le péritoine et produire une péritonite généralisée (cas de Smoler). Les rétentions fœtales dans le péritoine, avec infection secondaire de la poche, s'ouvrent dans l'intestin. On n'a pas observé jusqu'ici la rupture dans la vessie ou le vagin.

Cliniquement, la rétention aseptique du fœtus mort donnera d'abord lieu à peu de symptômes. Tout est rentré dans l'ordre après la mort du fœtus. La malade est de nouveau réglée, quelquefois un peu plus abondamment ou irrégulièrement. Son ventre diminue de volume dans une assez forte proportion. La tolérance peut être très longue : plusieurs mois ou plusieurs années. Des troubles locaux et généraux peuvent apparaître.

Les premiers sont des douleurs, modérées en général,

(1) SMOLER, *Prager med. Woch.* 1897 n° 34 à 33.

et pouvant survenir par crises de quelques jours ; elles siègent au niveau du sac, et pendant les premiers mois elles peuvent s'accompagner de contractions du sac, perceptibles à la palpation (ces contractions ont persisté 4 mois environ dans le cas de Smoler). En même temps, la malade peut avoir des métrorrhagies à caractères variables, généralement peu abondantes, mais assez prolongées.

Les troubles généraux, beaucoup plus importants, traduisent la résorption de produits toxiques originaires du sac. Ils sont surtout caractérisés par une fatigue progressive, des troubles digestifs (anorexie, constipation), de la pâleur et de l'amaigrissement. C'est beaucoup plus à cause de ces troubles généraux et de leur aggravation progressive, que pour les accidents locaux, que les malades se décident à consulter.

Si le sac vient à s'infecter, on voit s'allumer une fièvre intense, à grandes oscillations, accompagnées de phénomènes généraux graves : langue sèche, rôtie, vomissements, constipation absolue, suivie quelquefois d'une diarrhée intense ; oligurie ou anurie. De violentes douleurs apparaissent au niveau du sac, le ventre est ballonné. En quelques jours, l'état s'aggrave considérablement, et la malade meurt de septicémie ou de péritonite généralisée, après avoir quelquefois évacué par l'intestin des ossements fœtaux et du pus.

Des accidents analogues se produisent quand le fœtus est retenu dans le péritoine au lieu d'être retenu dans la corne. Toutefois l'infection paraît ici encore plus précoce. Elle aboutit plus fréquemment à la rupture dans l'intestin (cas de van Deen).

Nous voyons donc que la rétention du fœtus mort a un pronostic grave à plus ou moins longue échéance. La mort est ainsi l'aboutissant presque fatal de la grossesse dans une corne rudimentaire. Nous allons voir comment on peut l'éviter par un bon diagnostic et un traitement approprié.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC ANATOMIQUE ET CLINIQUE

Beaucoup de grossesses développées dans des cornes utérines rudimentaires ont été méconnues par leurs auteurs, et même ceux qui ont décrit leur pièce minutieusement n'ont pas toujours fait un diagnostic anatomique exact. C'est ainsi que, tout récemment encore, le cas de Sinclair (1) a été longuement décrit comme grossesse tubaire, et que le cas déjà ancien de Haydon et Smith était redécrit et interprété en 1893 par Coë (2) comme double grossesse tubaire.

Sur la pièce en place, le diagnostic est généralement facile : prenons comme exemple une grossesse de trois mois en évolution. Lorsqu'on a ouvert le ventre et mis bien en vue les organes génitaux, qu'aperçoit-on ? Une tumeur lisse, libre, en position latérale ; symétriquement ou à peu près par rapport à elle, un utérus unicorne. A quoi pourrait-on penser ?

A un utérus bicorne bien développé, gravide d'un côté ou des deux côtés ? Mais on remarque bien vite, soit à la vue, soit au palper, le rétrécissement qui sépare le col de la tumeur ; on remarque aussi le peu de hauteur du ligament large du côté de la tumeur, et, du même

(1) SINCLAIR, *loc. cit.*

(2) Cite in KEHRER, *loc. cit.*

côté, l'effacement des replis péritonéaux et des culs-de-sac pré et rétrogénitaux. En somme il n'y a pas assez de symétrie.

Est-ce alors une grossesse extra-utérine ? Non, car en dehors du sac, la trompe est normale et aussi longue que celle du côté opposé. Puis l'aspect extérieur même du sac est plutôt celui du tissu utérin que du tissu tubaire. Enfin l'insertion du ligament rond se fait nettement sur le sac, à côté de celle de la trompe, et non pas sur l'utérus ; celui-ci d'ailleurs attire l'attention par sa forme de fuseau, sa direction transversale, et la relation habituelle du pédicule avec le col utérin.

Une grossesse interstitielle, une grossesse dans un utérus biloculaire, ne seraient pas pédiculées. Un fibrome utérin pédiculé ne pourrait pas donner insertion au ligament rond.

Si la pièce est enlevée, on peut, en coupant le sac fœtal, constater qu'il est mince à une de ses extrémités, et très épais à l'autre. Si on coupe également l'utérus, on voit que le sac fœtal ne communique ni avec le corps, ni généralement avec le col. Ce sont là de bons éléments du diagnostic positif.

Mais ce qui est particulièrement difficile, c'est de faire un diagnostic anatomique sur une pièce enlevée économiquement, surtout si elle a été enlevée par voie vaginale. On n'a plus alors qu'un moignon de pédicule, un fragment quelquefois méconnaissable du ligament rond. Parfois même on n'a pas la trompe. Le diagnostic nécessite alors un examen histologique.

Lorsqu'on a affaire à une grossesse avancée, au voisinage du terme, on peut la prendre, soit pour l'utérus,

soit pour un sac tubaire. Son aspect est bien celui de l'utérus gravide, mais le sac est incliné latéralement, son grand axe est oblique en haut et en dedans. Il ne porte d'annexes et de ligament rond que d'un côté. En l'écartant, on aperçoit un corps utérin, que l'on évitera de prendre pour un fibrome, puisqu'il porte des annexes. Enfin, un pont compact, rétréci, sépare le sac du col utérin. Le sac n'est donc ni un utérus, ni la moitié d'un utérus bicorne.

On le distinguera d'un sac tubaire par les caractères que nous avons indiqués plus haut. Enfin la recherche des annexes permettra d'éviter l'erreur qui consisterait à le prendre pour une tumeur ovarienne.

L'examen histologique, fait en vue du diagnostic, doit porter d'abord sur le pédicule. Si celui-ci est plein, il s'agit certainement d'une corne rudimentaire. S'il paraît perméable, ce n'est que par des coupes en série qu'on pourra s'assurer qu'un canal le traverse dans toute sa longueur. Aussi est-il préférable, avant de faire les coupes, de voir si le pédicule n'est pas perméable à une injection de liquide coloré.

L'examen histologique de la paroi montre le caractère rudimentaire de la corne. L'existence de villosités chorionales a permis à Hicks (1) de faire le diagnostic avec l'hématométrie, dans un cas de rupture où l'on n'avait pas retrouvé le fœtus ni ses enveloppes.

Le diagnostic clinique est extrêmement difficile. Il a été fait pour la première fois au cours de la grossesse dans le cas de Palmer-Stande. Il doit être basé :

(1) Hicks, *Brit. med. Jour.* 1908, p. 303.

- 1° Sur la direction et la forme de l'utérus ;
- 2° Sur l'existence, entre le sac et l'utérus, d'un pédicule qui se tend lorsqu'on les écarte l'un de l'autre ;
- 3° Sur la situation des annexes et surtout du ligament rond, qui est accessible puisqu'hypertrophié ;
- 4° Sur la contractilité du sac.

Pendant l'évolution de la grossesse, il est rare que le sac puisse être pris pour un fibrome ou une affection annexielle. Il faudrait pour cela que les symptômes subjectifs de la grossesse fussent complètement masqués. Dans la plupart des cas, le diagnostic auquel on s'arrête d'abord est celui de grossesse, basé sur les signes habituels. Il s'agit ensuite de préciser.

Les diagnostics erronés qui ont été faits sont les suivants :

- 1° Grossesse utérine avec fibrome ou avec tumeur annexielle ;
- 2° Grossesse extra-utérine (surtout isthmique).

Dans les premiers mois de la grossesse, on sent assez nettement au toucher la continuité de l'utérus et du col. Le sac a encore une situation pelvienne. Toute la difficulté consiste à interpréter la signification de cette tumeur juxta-utérine. Mais lorsque, dans les derniers mois de la grossesse, la tumeur a pris un développement abdominal, et que l'auscultation permet d'y entendre des bruits fœtaux, il peut être pris pour un utérus gravide, et c'est alors la corne bien développée que l'on peut prendre pour un fibrome pelvien.

On doit donc rechercher, avec une grande précision, tant par le toucher rectal que par le toucher vaginal combiné au palper, les connexions du col avec les différentes masses

avoisinentes. La première indication est de localiser l'utérus avec précision. L'utérus étant reconnu, on doit s'efforcer de mobiliser avec la main abdominale, la tumeur qui est de l'autre côté. Si on voit alors qu'elle tient intimement au corps utérin, ce ne peut être qu'un fibrome. Si elle est relativement libre, il faut chercher à quelle partie de l'utérus elle se rattache. Si elle est en connexion avec le corps, c'est sûrement une masse annexielle. Si elle est en connexion avec le col, c'est une corne rudimentaire, et on peut alors sentir son pédicule se tendre lorsqu'on la mobilise. L'inclinaison latérale du corps utérin, et en cas de grossesse avancée, la perception, en avant de la tumeur, d'un ligament rond épaissi, dirigé en bas et en dedans, viendront corroborer le diagnostic.

Au contraire, une grossesse tubaire, attachée à l'angle supérieur de l'utérus, tendrait à le redresser lorsqu'elle prendrait un développement abdominal. Le ligament rond passerait au devant du sac, transversalement, et viendrait se terminer en dehors de lui.

Une grossesse interstitielle n'aurait pas la même indépendance vis-à-vis de l'utérus. Elle n'aurait aucune relation avec le col. Nous en dirons autant des cas où un utérus gravide en latéroversion, ou une grossesse angulaire, ont pu en imposer pour une grossesse ectopique.

Nous ne parlons que pour mémoire de la grossesse ovarienne et de la grossesse abdominale, qui doivent être mises, pour leur rareté, au rang des curiosités pathologiques.

En somme, le diagnostic de grossesse dans une corne rudimentaire serait possible cliniquement si l'on a affaire à un cas très facile, c'est-à-dire à un cas type chez une

femme maigre, qui se laisse bien examiner. En dehors de ces cas exceptionnels, on pourra sans doute tirer des renseignements utiles d'examens répétés. Mais dans la majorité des cas, le diagnostic est impossible avec les éléments dont nous disposons jusqu'ici. D'autres moyens ont été employés : nous voulons parler des examens sous chloroforme, et des manœuvres de diagnostic intra-utérines.

L'examen sous chloroforme peut rendre des services : il est très apprécié en Allemagne. Mais il n'est pas inoffensif : il peut provoquer la rupture du sac. On ne devra donc le faire que si l'on est prêt à opérer. En pratique, s'il a permis plusieurs fois de faire le diagnostic exact, il faut bien dire que c'est dans des cas où l'on avait déjà fait cliniquement le diagnostic de grossesse ectopique. Il ne s'agissait donc plus que d'un diagnostic de variété, sans influence sur la date et la conduite de l'intervention. C'est donc pour une simple satisfaction personnelle que le chirurgien exposait sa malade aux dangers d'un supplément d'anesthésie, et aux risques d'une inondation péritonéale. Pour nous, nous ne voyons donc à l'examen sous chloroforme que des indications très restreintes.

Les manœuvres intra-utérines peuvent consister : en exploration à l'hystéromètre, en curettage explorateur, en toucher intra-utérin. Grâce à ces manœuvres, on peut généralement affirmer qu'on a affaire à une grossesse ectopique, et quelquefois qu'il s'agit d'une corne rudimentaire. Mais ces manœuvres font courir au sac fœtal de graves dangers (rupture, infection). En outre, lorsqu'on soupçonne une grossesse extra-utérine, n'est-il pas

arrivé qu'à la laparotomie on ait trouvé une grossesse utérine? Le meilleur clinicien est exposé à de semblables erreurs. Dans un pareil cas, en faisant des manœuvres intra-utérines, on s'exposerait à provoquer un avortement. Quelle que soit la faveur dont jouissent ces manœuvres auprès de certains gynécologues, nous pensons qu'elles doivent être proscrites comme inutiles et dangereuses.

Nous ne parlerons pas de la ponction exploratrice du sac. Elle fut faite d'ailleurs plutôt dans un but thérapeutique, mais n'empêcha pas la continuation de la grossesse, dans les cas de Palmer-Staude et de Kœberlé.

Lorsque la grossesse vient de se rompre, certains éléments peuvent nous mettre sur la voie du diagnostic exact.

Nous sortirions du cadre de ce travail en faisant le diagnostic de l'inondation péritonéale. Ce n'est d'ailleurs pas matière à dissertations théoriques. Mais pouvons-nous diagnostiquer la cause de l'inondation péritonéale?

D'après ce que nous avons dit plus haut, nous pouvons soupçonner qu'il s'agit de la rupture d'une corne rudimentaire gravidé, lorsque les accidents éclatent brusquement à une période relativement avancée d'une grossesse. Les seules hypothèses admissibles dans ces conditions sont les ruptures des différentes grossesses ectopiques : or la plupart, sauf celles qui nous occupent, se rompent surtout dans les premiers mois ou même les premières semaines.

En outre, si la rupture est assez tardive, on doit sentir par le toucher vaginal une masse assez volumineuse, dont les caractères sont ceux que nous avons décrits à

propos des grossesses en évolution. Toutefois, dans les conditions où l'on examine la malade, le toucher est forcément d'une extrême prudence et donne peu de renseignements. Le diagnostic n'a d'ailleurs pas une grosse importance. Puisqu'il y a inondation péritonéale, il faut opérer, quelle que soit la cause.

Ici encore, nous proscrirons l'examen sous chloroforme qui ne présente aucun intérêt et oblige à un supplément d'anesthésie particulièrement dangereux dans les conditions où se trouve la malade.

Nous en arrivons au diagnostic de la rétention du fœtus mort; et d'abord voyons à quoi on reconnaît que le fœtus est mort. Nous avons vu que les symptômes locaux passaient le plus souvent presque inaperçus. La légère réaction péritonéale qui peut se produire à ce moment, peut donner au médecin l'occasion d'examiner la malade et de faire le diagnostic de corne rudimentaire gravide. Il est certain en tous cas que les jours suivants il trouvera de nouveaux éléments de diagnostic qui peuvent être précieux : apparition de lait, élimination de caduque. Ce dernier signe peut être, exceptionnellement, pathognomonique, lorsque la caduque, expulsée d'un seul morceau, nous indique à la fois l'existence d'un utérus unicorne, et la terminaison probable d'une grossesse ectopique. En somme, si l'on a jusque là soupçonné l'existence d'une grossesse ectopique, on a en quelques jours l'indication de sa terminaison, et l'apparition tardive des accidents peut faire supposer qu'il s'agit d'une grossesse dans une corne rudimentaire. Il ne s'agira plus que de faire un examen minutieux pour confirmer cette supposition.

Lorsque le fœtus est mort à terme, cela seul doit faire soupçonner encore qu'il s'agit peut-être d'une grossesse dans une corne rudimentaire. Il est rare en effet qu'une grossesse tubaire aille à terme, ou qu'une grossesse utérine donne lieu à une rétention prolongée. Il est dès lors relativement facile de faire le diagnostic exact lorsqu'on est ainsi mis sur la voie.

Il en est tout autrement lorsque la rétention est déjà ancienne, et que la notion de grossesse ne se retrouve plus que vaguement dans des antécédents éloignés. Pendant quelque temps encore, la contractilité du sac, la sensation des parties fœtales, sont des indications précieuses. Mais elles disparaissent en quelques mois. La corne, retractée sur son contenu, devient uniformément dure. Aussi a-t-elle fréquemment été prise pour un fibrome. Les éléments du diagnostic sont toujours la recherche du ligament rond, l'examen de la tumeur dans ses connexions avec l'utérus, l'inclinaison latérale de l'utérus. En outre, on a pu quelquefois percevoir à la palpation la crépitation osseuse du fœtus macéré.

Dans quelques cas, on a signalé, au lieu de la rétraction du sac, sa dilatation temporaire par une production exagérée de liquide amniotique comme M. le Prof^r Pinard l'a observé pour certaines grossesses extra-utérines. Dans un cas de ce genre on a pu penser à un kyste de l'ovaire.

Lorsque le sac est infecté, il faut le distinguer d'un kyste à pédicule tordu, d'un fibrome sphacélé. Par les signes indiqués plus haut, on pourra quelquefois établir qu'il s'agit d'une corne rudimentaire avec pyométrie. L'étude des antécédents permettra alors de savoir si la pyométrie a succédé à une grossesse ou à une hématométrie.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le traitement de la grossesse d'une corne rudimentaire doit être tout aussi actif que celui des autres grossesses ectopiques et s'inspirer des mêmes principes. La malade est toujours exposée, si l'on n'intervient pas, à des accidents plus graves encore que ceux qu'elle a présentés jusque là.

Le traitement doit toujours être chirurgical. Aucun traitement médical ne peut être efficace, et nous ne faisons pas rentrer dans le cadre de ce travail les cas où le fœtus a pu être extrait par les voies naturelles, comme les cas de Owen (1), Krönig (2).

En quoi devra consister le traitement chirurgical ? Il devra être immédiat et efficace. C'est dire qu'il devra d'abord consister, autant que possible, dans l'extirpation de la corne gravide. Cette amputation sera le plus souvent possible, puisque, comme nous l'avons vu, le sac est rarement adhérent. Est-elle dangereuse ? Nullement, car nous allons voir qu'elle peut se faire facilement ; la corne est d'autre part un organe inutile. Enfin l'extirpa-

(1) OWEN, cité in MANIERRE, *loc. cit.*

(2) KRONIG, *Zentralblatt für Gyn.*, 1902.

tion est nécessaire, car de nouveaux accidents peuvent évoluer ultérieurement dans la corne. Nous avons vu que les cas de Haydon et Smith, de Léopold Meyer, étaient vraisemblablement des cas de grossesses successives dans des cornes rudimentaires.

Nous enlèverons également la trompe du côté rudimentaire, que nous ne pouvons songer à mettre en communication avec l'utérus, et qui devient alors, au même titre que la corne, mais à un degré moindre, un organe inutile et dangereux. Quant à l'ovaire, s'il paraît sain, il vaudra mieux le laisser; il aura par l'autre trompe une raison suffisante de fonctionner. En outre on aurait, d'après Werth, signalé des cas où, l'autre ovaire étant insuffisant, l'extirpation de celui-là aurait eu pour conséquence une atrophie du vagin et de l'utérus unicorne.

Devrons-nous laisser l'utérus et la trompe du côté opposé ? Certainement. Ce sont des organes susceptibles d'un bon fonctionnement. Les malades opérées à la suite de grossesses du côté rudimentaire ont eu plusieurs fois ensuite des grossesses normales du côté bien développé. Notre observation semble indiquer la possibilité de la grossesse tubaire du côté utérin ; mais il y a loin de là à conclure à une prédisposition.

Nous devons donc en général nous efforcer de faire dans la plupart des cas l'extirpation unilatérale. Mais par quelle voie ?

La voie vaginale est très en faveur actuellement en Allemagne et en Russie ; toutefois elle a été peu employée jusqu'ici pour l'opération dont il s'agit. Elle a cependant à son actif un véritable désastre : une tenta-

tive par cette voie dans le cas de Schramm n'aboutit qu'à une blessure de l'uretère, et encore on fut obligé de terminer par une laparotomie. Il est vrai qu'il s'agissait d'un sac volumineux.

Nous reprocherons encore à la voie vaginale d'entraîner trop facilement la suppression du côté sain. Cette voie est bonne, dans certains cas, pour faire des ablations totales, mais non pour faire de la chirurgie conservatrice. Werth, après l'avoir employée pour un cas de grossesse dans une corne rudimentaire, fut obligé de faire une opération trop large, et il a renoncé depuis aux procédés vaginaux.

La laparotomie, elle, permet d'avoir tout le jour désirable, et de faire avec une propreté rigoureuse une opération logique. Toutefois, ici encore, nous ne partageons pas l'enthousiasme des gynécologues allemands pour l'incision transversale de Pfannenstiehl. Elle supprime une partie des avantages de la laparotomie. Dans le cas de Krükenberg (1) (rupture à 4 mois) l'opérateur, gêné par cette incision, ne put retrouver le fœtus. Il dut réintervenir quelque temps après par laparotomie médiane.

L'intervention se présente dans trois conditions différentes : pendant l'évolution de la grossesse, au moment de la rupture, et pendant la rétention du fœtus mort.

Pendant l'évolution de la grossesse, dans les premiers mois, l'intervention immédiate s'impose et nous paraît indiscutable. Elle doit consister dans l'amputation pure et simple de la corne gravide.

(1) KRÜKENBERG. *Monatsschr. f. geb. u. gyn.*, t. XXX, p. 642.

Mais après le 7^e mois, alors que le fœtus est viable, devons-nous attendre le voisinage du terme ? Sans doute la vie du fœtus est une chose à considérer. Mais souvenons-nous que les ruptures sont encore fréquentes aux 6^e, 7^e, 8^e et même 9^e mois ; que la mort du fœtus dans la corne s'observe également à cette période. La temporisation n'assurerait donc pas forcément la vie du fœtus, et elle pourrait exposer celle de la mère. Notre avis est donc d'opérer immédiatement, sauf les cas où la malade, hospitalisée, soumise à un repos complet, pourra être surveillée de près, et être opérée aussi rapidement que les événements l'exigeraient. On attendrait alors le début du faux travail pour extraire chirurgicalement le fœtus et la corne gravide, suivant en cela la pratique du professeur Pinard pour certaines grossesses ectopiques.

En opérant nous devons nous occuper de faire vivre, si possible, le fœtus. Avant d'enlever la corne gravide, nous en extrairons donc le fœtus. Nous ferons une césarienne suivie d'hémi-hystérectomie. Cette opération n'a d'ailleurs jamais été faite exactement dans ces conditions, à notre connaissance.

L'incision de la corne gravide devra être faite assez loin du ligament large, c'est-à-dire aussi près que possible de la zone amincie et mal vascularisée. On aura ainsi toutes les chances possibles d'éviter une forte hémorragie.

La section du pédicule sera faite assez loin de l'utérus pour que sa paroi ne risque pas de se trouver amincie après rétraction des fibres musculaires, comme cela arriva dans le cas de Ginsberg-Pfannenstielh. L'hémostase du pédicule peut être difficile. Le meilleur moyen de la

réaliser nous paraît être de passer un ou deux points en U dans le parenchyme.

On peut sectionner le ligament rond au ras de la corne, pour le suturer ensuite à l'utérus, comme l'ont fait plusieurs opérateurs ; à vrai dire, nous n'en voyons pas bien la nécessité.

En cas de rupture, l'indication opératoire est absolument immédiate. La temporisation, recommandée il y a quelque temps par l'école lyonnaise pour les ruptures de grossesses tubaires, nous paraît ici absolument dangereuse. La rupture de la corne gravis est en effet plus grave, plus rapidement et plus sûrement mortelle que la rupture tubaire. C'est un point sur lequel ont insisté notamment Cullen et Wilkins (1), Manierre (2).

L'opération doit être immédiate, rapide et efficace. La première chose à faire est d'assurer l'hémostase : le meilleur moyen et le plus sûr est certainement d'enlever la corne rompue. Cela fait, on se conduira comme on a l'habitude de le faire pour les inondations péritonéales.

Dans le cas de rétention du fœtus mort, la technique opératoire s'inspirera toujours des mêmes principes. Il nous paraît préférable d'enlever en bloc la corne et son contenu, sans l'ouvrir. Mais il existe des cas où l'extirpation de la corne sera impossible, à cause des adhérences. Dans ce cas, la technique doit se rapprocher de celle préconisée par M. Pinard pour les grossesses ectopiques : ouverture du sac, après fixation à la paroi ;

(1) CULLEN and WILKINS. *John Hopkins hosp. Rep.*, 1877, VI, 413.

(2) MANIERRE. *Loc. cit.*

extraction du fœtus et tamponnement. Ici cependant on pourra souvent extraire le placenta, même peu de temps après la mort du fœtus. En outre il sera souvent possible de libérer une partie du sac, et par suite on ne marsupialisera pas toujours le sac tout entier, mais quelquefois seulement un moignon de sac.

En tous cas il ne faut pas abandonner dans l'abdomen un moignon de sac refermé. Von Ott, ayant suivi une telle technique, dans le cas publié par Serejnikoff (1), eut ensuite des accidents graves. D'ailleurs avec la marsupialisation on obtient une guérison rapide, avec une sécurité presque absolue.

Dans la pyométrie enfin, l'indication opératoire est immédiate. Il faut aller rapidement, et faire le minimum indispensable, c'est-à-dire la marsupialisation.

Les résultats obtenus, depuis qu'on traite chirurgicalement les cornes rudimentaires gravides, sont magnifiques. La première opération fut faite par Salin pour une rétention du fœtus mort à terme (1881). Il fit l'extirpation du sac et la malade guérit. La première malade opérée pendant l'évolution de la grossesse fut celle de Palmer-Staude (1889). Elle guérit également.

Mentionnons toutefois qu'en 1865, Kœberlé avait déjà opéré, avec succès, un cas analogue à celui de Salin. Mais son observation reste douteuse, et Werth ne considère pas la preuve comme faite au point de vue anatomique.

Avant la période opératoire, la mortalité des ruptures

(1) SEREJNIKOFF : Traduction française *in extenso* in PETROVSKAIA, th. de Paris, 1899.

atteignait presque 100 % (26 sur 27). Une des premières opérées, celle de Maassen-Slavjanski, mourut au bout de 4 jours de péritonite généralisée. Depuis, nous trouvons 16 cas opérés, 16 guérisons (la malade de Wyder, étant morte pendant l'opération, ne peut compter comme opérée).

Peu de malades ont été opérées pendant l'évolution de leur grossesse : nous en trouvons 12 avec un décès, dans le cas de Remfry, par éventration post-opératoire au 8^e jour. En outre il existe un autre cas, de Mundé, où l'opération consista en ponction après laparotomie, et où la malade mourut de péritonite.

Enfin la plupart des rétentions fœtales connues sont des cas opérés. Nous en avons rassemblé plus de 60 cas opérés (fœtus mort à terme ou avant terme), avec un seul décès, dans le cas de Werth-Letzmann, où le sac était infecté avec l'opération.

Les quelques décès que nous venons de mentionner datent des premiers temps de la chirurgie abdominale. Depuis, le nombre des opérations a considérablement augmenté, et nous n'avons pas à signaler d'accidents graves. Mentionnons en particulier le cas tout récent de Bazterrica, où la malade fut débarrassée d'un volumineux kyste fœtal, au 3^e mois d'une grossesse utérine, et continua ensuite sa grossesse.

Les résultats sont donc très beaux, mais il y a encore des progrès à faire : il faudrait arriver, en connaissant mieux l'affection, à la dépister de bonne heure. On arriverait alors à opérer, non pas des rétentions fœtales prolongées, mais des grossesses en évolution, et on pourrait en extraire des enfants vivants. Il n'existe

jusqu'ici qu'un exemple de ce genre ; c'est le cas de Serejnikoff, où un enfant, pesant 2,400 grammes, fut extrait par laparotomie au 8^e mois de la grossesse ; mais il ne vécut que 6 heures.

Il y a lieu d'espérer que de nouveaux cas de cette espèce se produiront : la conformation satisfaisante, le poids suffisant des fœtus trouvés dans des cornes rudimentaires, font désirer qu'on puisse les extraire vivants. Les malformations fœtales sont rares en effet, elle n'ont été signalées que 2 ou 3 fois (pied bot et hernie ombilicale dans le cas d'Engström, éventration, torticolis et ankylose du coude dans les cas de Schramm et de Werth).

Ce n'est que par une connaissance plus approfondie de l'affection que l'on arrivera à des résultats vraiment parfaits.

OBSERVATIONS

Nous avons pu rassembler, outre notre observation personnelle, 145 autres cas que nous publions dans un tableau annexé à ce travail. Sans doute quelques-unes de ces observations sont un peu douteuses, et pourraient être interprétées d'une façon différente. Nous en avons déjà éliminé quelques-unes qui figuraient dans d'autres statistiques, notamment les observations de Szumann, Owen, Krönig, dans lesquelles le fœtus a pu être extrait par les voies naturelles, et celle de Riedinger qui est évidemment une grossesse dans un utérus biloculaire.

Par contre, notre liste est certainement incomplète. Nous n'y avons pas fait figurer un certain nombre de cas, mentionnés par d'autres auteurs, mais dont nous n'avons pu vérifier les indications bibliographiques. Il s'agit surtout d'observations américaines récentes.

Voici d'abord notre observation personnelle, recueillie à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, dans le service alors dirigé par notre maître, M. le professeur agrégé Couvelaire.

S..., Simone, infirmière, 21 ans, entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, le 1^{er} novembre 1908. Elle se plaint de douleurs abdominales et d'hémorragies survenant au cours d'une grossesse.

Antécédents héréditaires. — Le père serait mort d'accident, la mère vivante et bien portante.

Antécédents personnels. — Pas d'antécédents pathologiques.

Premiers rapports sexuels à 17 ans.

Premières règles à 18 ans, régulières, durant 3 jours ; au moment des règles, sensations douloureuses dans le côté droit.

I. — Première grossesse à 20 ans. Expulsion spontanée sans incidents d'un fœtus vivant qui n'a vécu que quelques instants. La grossesse aurait été de 6 mois et demi environ.

II. — Deuxième grossesse à 21 ans. Dernières règles du 20 au 25 juin 1908. Douleurs fréquentes dans le côté droit. Ecoulement sanguin peu abondant le 25 juillet et le 19 août.

Le 29 octobre, à la suite d'un coït, elle ressent des douleurs assez vives dans le côté droit. On lui donne un lavement laudanisé (hôpital de la Pitié).

Le 31 octobre, seconde crise douloureuse très violente ; syncope ; dans la soirée les douleurs se calment.

Elle est transportée à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis. Dans la nuit du 1^{er} novembre au 2 novembre, vers 5 heures du matin, troisième crise douloureuse, état syncopal, pouls petit et fréquent. On la réchauffe, on lui fait des injections sous-cutanées d'éther, une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel. Nous constatons que le ventre douloureux, tendu, est impalpable, que le col long, mou, est entr'ouvert, que les culs-de-sac du vagin sont souples mais douloureux, surtout à droite.

Très rapidement la pâleur diminue, le pouls redevient meilleur.

A 9 heures du matin, le 2 novembre, l'état général redevient mauvais. Le pouls est à 120, petit, irrégulier. En attendant l'arrivée de M. Couvelaire, on refait 450 grammes de sérum artificiel, des injections sous-cutanées d'éther et d'huile camphrée.

Le ventre, légèrement météorisé, extrêmement douloureux, est impalpable mais le diagnostic d'hémorragie intrapéritonéale s'impose et à 10 heures et demi la laparotomie est pratiquée par M. Couvelaire. Le diagnostic était : Inondation péritonéale par rupture de grossesse ectopique.

Anesthésie chloroformique. Laparotomie sous-ombilicale.

Le ventre est plein de sang liquide et de caillots.

A droite se trouve une tumeur saignante du volume du poing, pourvue d'une trompe et d'un ovaire, nettement séparée du corps d'un utérus hypertrophié, s'insérant par un pédicule plus épais que le pouce sur le côté droit du col de cet utérus unicorne pourvu d'une trompe et d'un ovaire macroscopiquement normaux.

Un clamp est placé sur le pédicule vasculaire tubo-ovarien droit. Un clamp est placé sur le pédicule musculaire et la corne rudimentaire rompue est enlevée.

Ligature au catgut des vaisseaux tubo-ovariens, d'une artère courant sur le flanc droit du pédicule musculaire. La tranche de section de ce pédicule saigne. Deux points en U au catgut assurent l'hémostase.

Toilette rapide du péritoine, au cours de laquelle un fœtus frais mort avec la totalité de son cordon au bout duquel pend un lambeau de membranes est retrouvé dans la région sous-hépatique.

Un drain est placé dans le cul-de-sac de Douglas.

Suture de la paroi abdominale en trois plans (catgut, crins).

Suites opératoires. — En dépit des injections sous-cutanées d'éther, d'huile camphrée et de 500 grammes de sérum artificiel, état de shock. Température 35°5, pouls 130, irrégulier, secousses musculaires, hoquet.

Le lendemain 3 novembre. — Amélioration marquée. Le pouls est mieux frappé, régulier ; 120-130. Des gaz sont rendus par l'anus. Aspiration d'une assez grande quantité de liquide sanglant par le drain.

Le 5 novembre. — Le drain est enlevé.

Le 10. — Enlèvement des fils.

Le 23. — Premier lever.

A aucun moment, il n'y eut expulsion de sac membraneux déци-dual. Un léger écoulement sanguin par le demi-utérus vide persista pendant les premiers jours qui suivirent l'intervention.

Le 10 décembre. — Elle quitte la Maternité de l'hôpital Saint-Louis en parfait état.

La pièce opératoire comprend :

1° Un fœtus frais mort (fig. 1), normalement constitué, pesant 150 grammes relié par un cordon ombilical long de 20 centimètres à un lambeau membraneux constitué par l'amnios doublé d'une



FIG. 1. — Corne rudimentaire gravide largement rompue. Vue du pédicule et du ligament large.

P, section du pédicule sur le flanc externe duquel court une branche artérielle homologue de l'artère utérine ; — R, coupe du ligament rond ; — T, trompe ; — O, ovaire porteur du corps jaune.

lambe chorale à la surface extérieure de laquelle on reconnaît quelques caillots et quelques débris villex.

2° Un demi-corps utérin rudimentaire largement rompu (fig. 2).

L'ensemble de la pièce est constitué par un bloc musculaire plein, ayant la forme d'un tronc de cône. Le sommet du tronc de cône correspondait au pédicule implanté sur la portion sus-vaginale du col. Sa base s'épanouissait en une large coupe mesurant 9 et

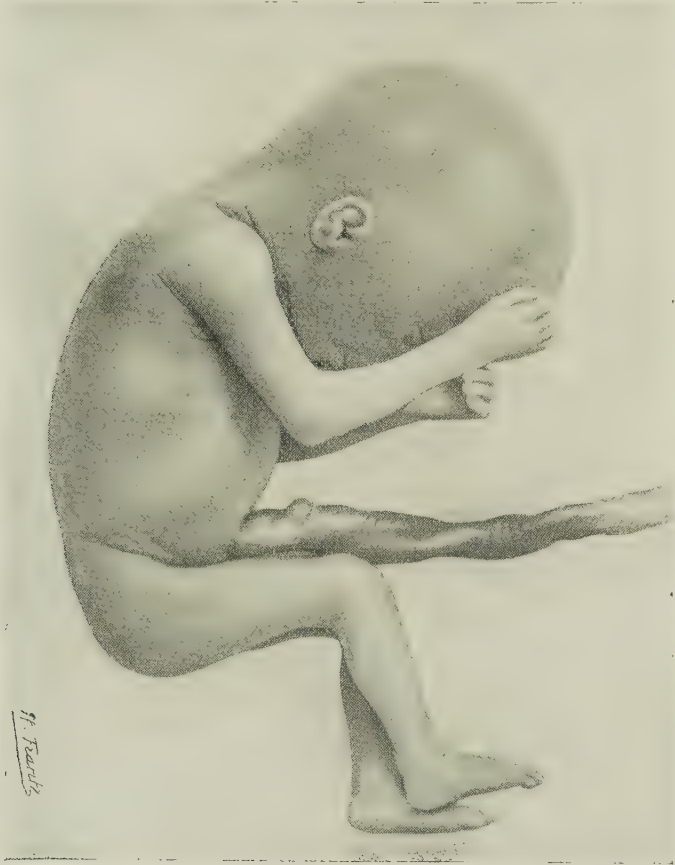


FIG 2. — Fœtus qui, projeté hors de la corne, fut retrouvé sous le foie.

10 centimètres de diamètre dont les bords amincis et déchiquetés correspondaient à la brèche de rupture. Dans le fond de la coupe s'insérait le placenta. Il serait impossible de reconstituer le sac

foetal, car la paroi musculaire en dehors de la zone rupturée s'est fortement rétractée sur la région correspondant au pédicule.

Le bloc musculaire est long de 6 centimètres. La surface de section du pédicule mesure 21 millimètres sur 16.

La surface extérieure de ce bloc est absolument semblable à la surface extérieure d'un utérus *post partum* fortement rétracté : surface lisse avec rides produites par l'inégale rétraction des faisceaux musculaires.

Au voisinage du pédicule on retrouve s'insérant au voisinage les uns des autres le ligament rond, la trompe d'aspect normal, l'ovaire porteur d'un corps jaune volumineux (6 millimètres sur 10 millimètres). Sur le court espace représentant le bord rudimentaire du demi-utérus rudimentaire (3 centimètres) on retrouve une artère homologue de l'utérine. Dans le pédicule tubo-ovarien on retrouve l'artère tubo-ovarienne avec sa topographie habituelle.

Examens histologiques :

1^o Coupe du pédicule perpendiculaire à son axe : faisceaux musculaires coupés en sens divers avec nombreux vaisseaux artériels et veineux dans les espaces conjonctifs ; pas de réaction inflammatoire. Il n'y a aucune cavité tapissée d'épithélium. Le pédicule est donc plein, imperméable.

2^o Coupes des bords de la déchirure (fig 3). La paroi conjonctivo-musculaire rétractée n'est épaisse que de 2 à 3 millimètres, elle est creusée de grandes cavités vasculaires à paroi endothéliale doublée de quelques fibres conjonctives, de cavités artérielles et veineuses. Par place, petits hématomes microscopiques dans la paroi. Les villosités choriales s'insèrent directement sur le muscle. Il n'y a pas de caduque, ni de raie de fibrine. Des groupes nombreux de grosses cellules claires à gros noyau, rappelant les cellules de Langhans de la villosité jeune, infiltrent les faisceaux musculaires, et la paroi de quelques veines. Pas d'infiltration leucocytaire de la paroi.

3^o Coupe à distance des bords de la déchirure. Les faisceaux musculaires sont absolument analogues à ceux d'un utérus *post partum*. La paroi musculaire est séparée des espaces intervillositaires par une caduque atrophiée, la caduque est constituée par quelques

éléments cellulaires en voie de dégénérescence englobés dans une gangue de fibrine dense, formant sur le plancher de l'espace intervillex une raie discontinue.



FIG. 3. — Coupe histologique sur le bord de la déchirure. Les villosités s'implantent directement sur la paroi musculaire sans interposition de caduque. Dans la paroi musculaire on voit les nombreux groupes de cellules claires interposées entre les fibres musculaires.

III. — En septembre 1908, M. Couvelaire a eu l'occasion de voir son opérée dans les conditions suivantes :

Les règles revenues régulières après l'opération avaient manqué une fois. Quinze jours après la date des règles manquantes, elle avait été prise de douleurs dans la région sous-ombilicale prédomi-

nant à gauche. Douleurs avec tendance syncopale accompagnées d'un léger écoulement sanguin par le vagin. Les jours suivants, les douleurs persistèrent, mais sans caractère syncopal. Trois semaines après, souffrant toujours, obligée de garder le lit, elle se fait transporter à la clinique Baudelocque, où M. Couvelaire remplaçait pendant les vacances le professeur Pinard. Température 39°2, pouls 116. L'utérus gros est refoulé à droite et en avant par une masse grosse comme un poing d'adulte occupant le cul-de-sac postéro-latéral gauche, tendu et très douloureux. Le cul-de-sac latéral droit est souple.

Glace sur le ventre. Lavements chauds à 48°.

Quarante-huit heures après, chute de la température et expulsion par le rectum d'une certaine quantité de sang noirâtre et de pus.

La masse latéro-utérine diminue progressivement de volume. Quinze jours après son évacuation spontanée par le rectum, elle n'avait plus que le volume d'un œuf. Malgré toutes les exhortations la malade quitta la clinique, n'ayant plus de fièvre, mais incomplètement guérie.

TABLEAUX

DATES	NOMS DES AUTEURS	AGE de la femme	NOMBRE de grossesses antérieures	CÔTÉ rudimentaire	CORPS JAUNE	PÉDICULE
1669	MAURICEAU (VASSAL).	32	11	Droite.		
1681	DIONIS.	20	0	Gauche.		plein.
1779	PFEFFINGER (FRITZE).			G.		plein.
1788	CANESTRINI.	24	1	D.		canal bifurqué.
1824	CZIHAK (TIEDEMANM).	22		D.		plein.
1831	JOERG (GÜNTZ).	20	0	G.		canal borgn
1832	RAMSBOTHAM.					plein.
1834	INGLEBY (INKES).		6	G.	g.	pl.
"	DREYER.	33	5	D.	g.	pl.
1835	HEYFELDER (KUSSMAUL).	36	4	G.	g.	canal borgn
1842	ROKITANSKY.	24		D.		canal perméable
1846	VAN DEEN.		3	D.		pl.
1852	BEHSE.	28	1	D.		pl.
1855	SCANZONI (KIWISCH).	35	4	G.	d.	canal perméable
1859	HANCOX.	23	0	D.		pl.
1860	STOLTZ I (Löbstein).			G.	pas à gauche	pl.
	STOLTZ II.			G.		pl.
	STOLTZ III (Schaaf).					pl.
	REKTORZIK.	32	5			pl.
	VIRCHOW.	27		G.	g.	plein très f
	ROSENBURGER.	24		D.	d.	pl.
	HAYDON (Smith).			D.	d.	pl.

ÉVOLUTION	TERMINAISON. — OBSERVATIONS
Rupture 3 ^e mois.	Mort en 3 jours.
Rupt. 6 ^e mois.	Mort.
Mort du fœtus 5 ^e mois	Mort par infection du sac fœtal après une rétention de 30 ans.
Rupt. 4 ^e mois.	Mort
Rupt. 6 ^e mois.	Mort. — Insertion très large du pédicule sur l'utérus.
Mort du fœtus 5 ^e mois	Rupture 2 mois plus tard. Mort.
Rupt. 4 ^e mois.	Mort. — Cas douteux. C'est peut-être un utérus biloculaire (Kehrer).
Rupt. 4 ^e mois.	Mort en 18 heures.
Rupt. 3 ^e mois.	Mort.
Rupt. 14 semaines.	Mort en 7 heures 1/2.
Rupt. 3 ^e mois.	Mort. — Premier cas publié avec un diagnostic anatomique exact.
Rétention à terme.	Mort 4 ans 1/2 après par infection du sac.
Rupt. 4 ^e mois.	Mort. — Petit fibrome sur la corne gravidé.
Rupt. 4 mois 1/2.	Mort. — Trompe imperméable. Werth a établi l'identité entre le cas de Scanzoni et le cas de Kiwisch.
Rupt. 8 mois 1/2.	Mort.
Rupt. 3 ^e mois.	Mort. — Absence du rein et de l'uretère du même côté.
Rupture ?	Mort. — Aucun détail.
Rupture.	Mort. — Avons détail. Ces 3 cas sont anciens et ont été publiés par Stoltz avec un diagnostic rectifié après lecture du mémoire de Kussmaul.
Césarienne à terme.	Mort. — La corne gravidé siégeait dans une hernie. Cas douteux (manque de preuves anatomiques).
Rupture.	Mort.
Rupture 5 ^e mois.	Mort. — Absence du rein.
Rupture 3 mois.	Mort. — Cas d'interprétation difficile. — On trouve 2 fœtus d'âges différents. — Pour Kehrer il y aurait eu 2 grossesses successives dans la corne rudimentaire.

DATES	NOMS DES AUTEURS	AGE de la femme	NOMBRE de grossesses antérieures	CÔTÉ rudimentaire	CORPS JAUNE	PÉDICULE
1863	LUSCHKA.		2	D.	g.	pl.
1865	DAY.		5	D.		pl.
	KOEBERLÉ.	29	1	D.		
1866	TURNER I.	20		G.	d.	pl.
	TURNER II.	35		G.		
1871	JAENSCH.	27	1	G.		canal mi- crosopique
1874	HEGAR.					pl.
1876	CHIARI.	40		G.		pl.
	RUGE.			D.	g.	pl.
1881	SALIN.	22	0			pl.
	WERTH (Litzmann).	39	2	D.		perméable.
1882	MASCHKA.	38	6	G.	d.	pl.
1883	H. MEYER (FRANCKENHAUSER) (JENNY).	28	1	G.	d.	pl.
1884	SENGER.	21	2	G.	d.	pl.
	KALTENBACH.		3	D.	d.	pl.
1884	MACDONALD.	23	1	G.	g.	canal borgne
	WIENER.	29	1	D.	d.	canal mi- crosopique
1885	GALLE (Fritsch).	28	1	G.	pas à gauche.	pl.
1886	NETZEL.	23	0	D.	d.	pas de pédicule.
	BANDL (Hoffmann).	19	0	D.		pl.

ÉVOLUTION	TERMINAISON. — OBSERVATIONS
Rupture 10 semaines.	Mort.
Rupture 4 ^e mois.	Mort. — En même temps, grossesse interrompue au 8 ^e mois dans la corne bien développée.
Rétention d'un fœtus mort à 7 mois.	Opération. — Guérison. — Cas douteux. Manque de preuves anatomiques.
Rupt. 3 ^e mois.	Mort.
Rétention du fœtus mort à terme.	Mort 6 mois après de tuberculose. — Cas douteux. C'est peut-être un utérus pseudodidelphe (Krehrer).
Rupture 4 ^e mois.	Mort.
Rupture 4 ^e mois.	Mort. — Aucun détail.
Rupture 4 ^e mois.	Rétention dans le Douglas. — Mort 20 ans après d'affection cardiaque.
Rupt. 3 mois 1/2.	Mort.
Rétention du fœtus mort à terme.	Infection du sac. — Laparotomie. — Extirpation. — Guérison. — Accouchement ultérieur.
Rétention du fœtus mort à terme.	Infection du sac. — Laparotomie. — Mort. — Absence du rein et de l'uretère.
Rupture 3-4 mois.	Mort.
Rupt. 7 semaines.	Mort en 16 heures. — Double perforation du sac.
Mort du fœt. 7 ^e mois Rétention.	Opération 9 mois après. — Guérison. — 2 accouchements ultérieurs. Diagnostic exact avant l'opération.
Rupture 4 ^e mois.	Mort.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération 14 mois après. — Extirpation. — Guérison.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération au 12 ^e ou 13 ^e mois de la grossesse. — Extirpation. — Guérison. — Cas douteux : c'est peut-être un utérus bicorne bien développé (Kehrer).
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération au 16 ^e mois. — Extirpation. — Guérison. — Légère torsion du sac.
Rétention du fœtus mort à 8 mois.	Opération au 12 ^e mois. — Extirpation. — Guérison. — Expulsion prématurée de la caduque (7 ^e mois).
Rupt. 4 ^e mois.	Mort en 6 heures. — La figure de ce cas se trouve dans le traité de Pozzi.

DATES	NOMS DES AUTEURS	AGE de la femme	NOMBRE de grossesses antérieures	CÔTÉ rudimentaire.	CORPS JAUNE	PÉDICULE
1888	CAMPBELL POPE.	27	1	G.		plein et m.
	MAASSEN (Slavjanski).	29	3	G.	g.	pl.
	V. ROSTHORN.		0	D.	d.	pl.
1889	HIMMELFARB (Stroganoff).	26	2	G.	d.	pl.
	PALMER I (Staude).	23	1	D.		canal borg.
	PALMER II (Schatz).	29	1	D.		pl.
1890	SKLIFOSSOVSKI.	25	1	D.		pl.
	ELBING.	34	1	G.		pl.
	LÉOPOLD LANDAU.	23	0	G.	d.	pl.
	WYDER.	25	0	D.	d.	pl.
	MUNDÉ.		1	D.		
	GINSBERG (Pfannenstiehl).	26	2	D.	d.	pl?
	KUSTNER.	30	2	G.		canal perméable
1892	MANGIAGALLI.	19		G.	g.	pl.
	KOLFF (Treub).		2	G.		canal borg.
	FUCHTENBUSCH (W. Freund).	21	0			pl.
	WINTER I.	25	1	G.	g.	pl.
	WINTER II.					

ÉVOLUTION	TERMINAISON. — OBSERVATIONS
Mort du fœt. à 7 mois	Mort par péritonite généralisée sans rupture du sac.
Rupture 4 ^e mois.	Mort 4 jours après l'opération, par péritonite généralisée. — Le sac n'était pas rompu, mais l'hémorragie venait de la rupture d'une veine sous-péritonéale.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération. — Extirpation. — Guérison.
Mort 6 ^e mois.	Mort.
Normale, 8 ^e mois.	Opération pendant l'évolution de la grossesse, au 8 ^e mois. — Guérison. — Diagnostic exact avant l'opération.
Mort du fœt. au 5 ^e mois Rétention.	Opération au 6 ^e mois. — Extirpation. — Guérison. — Insertion haute du pédicule.
Mort du fœt. à 7 m. 1/2 Rétention.	Opération au 19 ^e mois. — Guérison.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération. — Guérison. — Cette grossesse a coïncidé avec une grossesse utérine normale, et a été suivie immédiatement d'une autre grossesse utérine normale.
Mort du fœt. à 10 sem. Rétention.	Opération 5 à 6 mois après. — Guérison.
Rupture 5 ^e mois.	Opération. — La femme meurt sur la table. *
Grossesse en évolution au 4 ^e mois.	Crainces de rupture. — Laparotomie. — Ponction du sac. — Mort.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération au 18 ^e mois. — Hystérectomie supravaginale bilatérale. — Guérison.
Rupture 4 ^e mois, survie du fœtus.	Mort du fœtus au 7 ^e mois. — Rétention. — Opération 1 an après. — Guérison. — Evolution d'une grossesse utérine normale pendant la rétention.
Mort du fœtus 8 ^e mois Rétention.	Opération au 12 ^e mois. — Extirpation. — Guérison. — Diagnostic exact avant l'opération.
Mort du fœtus 8 ^e mois Rétention.	Opération 2 mois après. — Extirpation. — Guérison.
Rupture à 4 mois.	Opération. — Guérison.
Rupture 5 ^e mois sans hémorragie?	Laparotomie. — Guérison.
Mort du fœt. au 3 ^e m.	Aucun détail.

DATES	NOMS DES AUTEURS	AGE de la femme	NOMBRE de grossesses antérieures	CÔTÉ rudimentaire.	CORPS JAUNE	PÉDICULÉ
1893	SKIJFOSOVSKI.			D.		
	WEHLE (Léopold).	35	4	G.	g.	perméab
1894	WALTHARD (Geiser).	18	0	G.	g.	pl.
1895	CULLEN (WILKINS).				d.	
	GALABIN.	25		D.		p'
	REMFY.	30		D.		pl
	VON OTT.	38	4	D.		pl.
	HOPFL.	31	2	D.		perméab
1896	WINTER.	28		D.		plein mir
	MALOM (von Szabo).	25		D.		pl.
	BECKMANN.	23	2	D.	d.	perméab
1897	SCHRAMM.	36	2	G.		plien, fl
	KOBLANCK (Olshausen) I.	28	0	D.	g.	pl.
	KOBLANCK (Olshausen) II.			D.	g.	pl.
1897	KOBLANCK (Olshausen) III.			D.	g.	pl?
	KOBLANCK (Olshausen) IV.			G.	d.	pl?
	GUMMERT.	24		G.		pl.
	TARGETT I.			D.		perméab

ÉVOLUTION	TERMINAISON. — OBSERVATIONS
Mort d'un fœtus mort presq. à terme	Cas douteux. — Ne serait-ce pas le même que plus haut ?
Mort du fœtus 5 ^e mois rétention.	Laparotomie au 8 ^e mois. — Guérison. — Diagnostic exact avant l'opération.
Mort du fœtus à 6 mois rétention.	Laparotomie 4 mois après. — Guérison. — 1 accouchement ultérieur. — Fortes adhérences du sac. — Diagnostic fait avant l'opération.
Morture 3 ^e mois.	Mort avant l'opération.
Mort du fœtus mort à terme.	Amputation sans ouverture du sac. Guérison. — 1 accouchement ultérieur.
Grossesse de 6 mois en évolution.	Laparotomie. — Eventration au 8 ^e jour. — Réopération. — Mort par péritonite.
Mort du fœtus mort à terme.	Opération 6 mois après. — Guérison.
Mort du fœtus mort à terme.	Opération au 12 ^e mois. — Marsupialisation sans extraction du placenta. — Guérison.
Mort du fœtus mort à terme.	Opération. — Guérison.
Mort du fœtus mort à terme.	Laparotomie au 12 ^e mois. — Guérison.
Mort du fœtus à 4 mois rétention.	Opération. — Guérison.
Mort du fœtus mort à terme.	Laparotomie après tentative vaginale. — Guérison avec une fistule entre la corne et l'uretère. — Secondairement création d'une communication avec la vessie — Fœtus avec malformations multiples.
Mort du fœtus 5 ^e mois rétention.	Laparotomie. — Guérison. — 1 accouchement ultérieur.
Morture 3-5 mois.	Mort avant de pouvoir être opérée.
Grossesse de 3 à 5 mois en évolution.	Opération. — Guérison. }
Grossesse en évolut. ?	Opération. — Guérison. } aucun détail complémentaire.
Mort du fœtus à 4 mois rétention.	Opération. — Guérison. — Insertion haute du pédicule.
Morture.	Mort. — Aucun détail.

DATES	NOMS DES AUTEURS	AGE de la femme	NOMBRE de grossesses antérieures	CÔTÉ rudimentaire,	CORPS JAUNE	PÉDICULE
1898	SMOLER.	24	0	G.	d?	p ¹ .
	SINDLER.	24				
	SEREJNIOFF (von Ott).	27	0	D.		p ¹ .
	SODAN (Winter).	26	2	G.	g.	p ¹ .
1899	NUCKEL (Hæckel) I.	29	4	G.	g.	p.
	NUCKEL (Herbing) II.	38	1	D.		p ¹ .
	THYWISSEN (Schröder).	23		G.		p.
	LÉOPOLD MEYER.	25		G.		p ¹ .
	KEHRER.	28	3	D.		pl.
	MANIERRE.	23		D.	d.	pl.
	TARGEIT II.	29	0	D.		pl.
1900	ENGSTROM.	28	2	G.		pl.
	BROOKS H. WELLS.	28	3	D.		canal très
	MARTIN.	33	6			
	GLOCKNER (Zweifel).	23		D.	g.	pl.
1901	JAKOBI.	23		D.		
	KRULL (Léopold) II.	26		G.		pl.

ÉVOLUTION	TERMINAISON. — OBSERVATIONS
Rétention du fœtus 8 ^e mois.	Mort vers le 12 ^e mois par péritonite, sans opération. — Diagnostic fait pendant la vie. — Perforations du sac, bouchées par des adhérences — La contractilité du sac a persisté tardivement.
Rétention du fœtus mort à terme.	Le diagnostic est fait, mais la malade refuse l'opération et meurt d'infection.
Grossesse au 8 ^e mois fœtus vivant.	Laparotomie. — Résection partielle du sac. — Guérison. — Mort de l'enfant en 6 heures. — Diagnostic fait avant l'opération.
Grossesse 4 ^e mois non opérée.	Enkystement du fœtus dans le péritoine et formation d'un lithopédion. — Opération 2 ans plus tard. — Guérison.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération 4 mois après. — Guérison. — Lenteur de l'involution utérine : 19 centim. au moment de l'opération.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération. — Guérison. — Longueur démesurée de la trompe : 24 centim.
Rétention du fœtus mort à terme.	Laparotomie. — Guérison.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération (adhérences). — Guérison. — Traces d'une grossesse antérieure dans la même corne, avec un fœtus de 3 mois.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération. — Guérison.
Grossesse au 4 ^e mois en évolution.	Opération. — Guérison.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération 5 mois après. — Guérison.
Grossesse à 5-6 mois non opérée.	Rétention du fœtus dans le péritoine. — Opération au 8 ^e mois. — Guérison.
Mort du fœt, 5 m. 1/2 Rétention.	Opération au 6 ^e mois. — Guérison.
Grossesse 4-5 mois.	Opération. — Guérison.
Grossesse à 4-5 mois non opérée.	Enkystement péritonéal. } Opération. — Guérison. }
Grossesse.	Opération quelque temps guérison. } Nous soupçonnons ces deux observations de n'en faire qu'une, mais nous n'avons pu vérifier cette supposition.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération 8 mois après (Parro). — Guérison.

DATES	NOMS DES AUTEURS	ÂGE de la femme	NOMBRE de grossesses antérieures	CÔTÉ rudimentaire	CORPS JAUNE	PÉDICULÉ
1902	KRULL (Léopold) III.	26	2	D.		perméab.
	KRULL (Léopold) IV.	22				pl.
	KAUFFMANN.	28	2	G.		pl.
	PORTER.		1			pl.
	CAMERON.	24	2	D.		pas de pédiculé
	SINCLAIR.					perméab.
	BLAND SUTTON.	29	2	G.		pl.
	MEYERHOFF (Fehling).	29	1	G.	pas à gauche.	
1903	KIPARSKI.	23	1	G.		
	FURTER (Hofmeier).	40	5	D.	d.	perméab.
	LEFOUR (Fieux).	18		G.		
	FRÄNKEL.	36	1	G.		pas de pédiculé
	SMITH (Williamson).	27	2	G.		pl.
	KWOROSTANSKY.			G.	d.	pl.
	EVERKE.		1	D.		pl.
	BAZTERRICA.	25		D.		pl.
1903	LANGLANDS.	21		G.		plein, fi
1904	NATANSON.	34	6	G.		

ÉVOLUTION	TERMINAISON. — OBSERVATIONS
Ention du fœtus mort à terme.	Opération. — Guérison. — 1 accouchement ultérieur.
Rupture 4-5 mois.	Opération. — Guérison.
Grossesse de 2 mois en évolution.	Opération. — Guérison.
Rupture.	Opération. — Guérison.
Ention du fœtus mort à terme.	Marsupialisation. — Guérison. — Sac intraligamentaire.
Ent du fœtus 6 mois. Rétention.	Opération. — Guérison. — Cas publié comme grossesse tubaire.
Ention du fœtus mort à terme.	Opération 6 mois après. — Guérison. — Adhérences du sac.
Rupture 3 ^e mois.	Opération. — Guérison.
Ention du fœtus mort à terme?)	Laparotomie. — Guérison.
Ent du fœtus 4 ^e mois. Rétention.	Opération (adhérences). — Guérison.
Ent du fœtus à 5 mois.	Opération quelques jours après. — Guérison. — Cas très douteux (aucune preuve).
Ention du fœtus mort à terme.	Mort de la femme au 10 ^e mois. — Sac intraligamentaire. — Cas douteux.
Ention du fœtus mort à terme.	Opération. — Guérison.
Ent du fœtus à 4 mois.	Aucun renseignement sur l'évolution clinique, l'observation étant seulement envisagée au point de vue histologique.
Rupture 3 ^e mois non pérée.	Enkystement du fœtus dans le péritoine. — Laparotomie. — Guérison.
Ention du fœtus mort à terme.	Opération 1 an 1/2 après, au 5 ^e mois d'une grossesse utérine, et après diagnostic exact. — Guérison sans avortement.
Ention du fœtus mort à terme.	Opération 7 à 8 mois après. — Guérison. Début de rupture du sac. — Adhérences.
Ent du fœtus à 4 mois. Rétention.	Laparotomie. — Guérison.

DATES	NOMS DES AUTEURS	AGE de la femme	NOMBRE de grossesses antérieures	CÔTÉ rudimentaire	CORPS JAUNE	PÉDICU
1905	BRETTISCHNEIDER.	23		G.	g.	plein, m
	LINDNER.	21	1	D.	d.	pl.
	WEBSTER.		multipare.	G.	g.	pl.
	HELLIER.					
	TREUB.			G.		permd
	WERNER.			G.		
	KNÄUER.					pl.
	WERTH I.	30	0	G.		pl.
	WERTH II.	24	1	D.	pas à droite.	
	WERTH III.	25	1	D.	pas à droite.	
	SCHEFFZECK.	21	0	D.	pas à droite.	pl.
	LEWERS.	24	1	G.	pas à gauche.	
	FRANK.	34		G.		
1906	R. FREUND.	21	2	D.		pl.
	CONRAD.	21	multipare.	D.		
	FUCHS I (Küstner).	32		D.		
	FUCHS III (Hannes).	23		D.		

ÉVOLUTION	TERMINAISON. — OBSERVATIONS
Mort du fœt. à 3-4 m. Rétention.	Opération. — Guérison.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération. — Guérison. — Diagnostic fait avant l'opération.
Rupture.	Opération. — Guérison.
Rupture non opérée. Grossesse abdomi- nale secondaire.	Opération. — Guérison. — Vérification du diagnostic après la mort de la femme, 17 ans après l'opération.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération 6 semaines après. — Guérison.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération. — Guérison.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération. — Guérison. — Diagnostic fait avant l'opération.
Mort du fœt. à 4 mois Rétention.	Colpotomie antérieure. — Hystérectomie bilatérale. — Guérison. — Petit fibrome sur la corne gravidé.
Rupture 4 mois 1/2.	Laparotomie. — Guérison.
Mort du fœtus 5 ^e mois Rétention.	Laparotomie. — Guérison.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération. — Guérison.
Rupture 3 ^e mois.	Opération. — Guérison.
Rétention du fœtus mort à terme.	Opération. — Guérison. — Le sac présente 2 larges déchirures, comblées en partie par le placenta. — Adhérences.
Grossesse de 3 mois en imminence de rupt.	Opération. — Guérison.
Rupture 4 ^e mois.	Opération. — Guérison.
Mort du fœt. à 3 mois. Petite hématoécèle.	Opération. — Guérison.
Rupture 3 ^e mois. Gros. abdominale second.	Mort du fœtus à terme. — Opération peu de temps après. — Guérison.

DATES	NOMS DES AUTEURS	ÂGE de la femme	NOMBRE de grossesses antérieures	côté rudimentaire.	CORPS JAUNE	PÉDICULE
1907	DORAN (Lockyer).	27	2	D.		pl.
	HOFF.	40		G.	d.	pl.
	VAN DER LINDEN et GÖTHEBUER	39	0	G.	pas à gauche?	pl.
1907	BRINDEAU.	28	2	D.	g.	
1908	MORISON.	32	2			pl.
	HICKS.	39	3	G.	d.	plein épa
	KRUKENBERG.	29	0	D.		pl.
1909	HOEHNE.	32	2	G.		
	POTOCKI (Perochon).	24	3	G.	g.	
	COHN (Draghiesco).	27	2	D.	d.	pl.
1910	MENGE.					
	RIEDINGER.	22	0			
	ABULADSE.	30		G.		pl.
	PICCARDO.	18	0	D.		pl.
	FOTHERGILL.		4	D.		

ÉVOLUTION	TERMINAISON. — OBSERVATIONS
rupture 4-5 mois.	Opération. — Guérison. — 1 accouchement ultérieur.
rupture 4 ^e mois.	Mort sans opération.
ort du fœtus à 6 mois Rétention.	Rétention pendant 6 ans. — Opération. — Guérison. — Hématosâlpinx concomittant.
ort du fœtus 7 ^e mois Rétention.	Laparotomie. — Guérison.
ort du fœtus 5 ^e mois Rétention.	Opération. — Guérison.
rupture.	Opération. — Pas de traces du fœtus. — Diagnostic de grossesse établi par l'examen histologique.
rupture 4 ^e mois.	Opération (incision de Pfannenstiehl). — Quelque temps après, réintervention pour extraire le fœtus, enkysté dans le péritoine.
rupture 4 ^e mois.	Opération. — Guérison. — Diagnostic fait avant l'opération.
étention du fœtus mort à terme.	Opération. — Guérison.
ort du fœtus 7 ^e mois Rétention.	Opération. — Guérison. — Diagnostic fait avant l'opération.
rupture 5 mois non opérée. Rétention.	Lithopédion. — Opération. — Guérison.
rossesse de 3 mois.	Laparotomie. — Guérison.
rossesse de 3 mois 1/2 en évolution.	Laparotomie. — Guérison.
rossesse de 3-4 mois en évolution.	Laparotomie. — Guérison. — Salpingite gauche blennorrhagique. — Cas douteux : la corne n'est peut-être pas rudimentaire.
rupture précoce.	Laparotomie. — Guérison.

CONCLUSIONS

I. La corne rudimentaire, accessoire d'un utérus unicorne, est presque toujours sans communication directe avec le col utérin. La grossesse y est possible, à la suite de la migration intrapéritonéale de l'ovule ou du spermatozoïde, ou de l'un et de l'autre.

II. L'implantation de l'œuf dans la corne rudimentaire se fait tantôt suivant le type utérin, tantôt suivant le type tubaire, dans ce dernier cas, les villosités choriales exercent une action destructive sur les éléments de la paroi.

III. La mort précoce de l'œuf dans la corne rudimentaire s'observe assez rarement. C'est un accident tardif, à symptômes discrets.

La rupture de la corne est fréquente, plus tardive que dans la grossesse tubaire, et d'un pronostic très grave.

La grossesse dans la corne rudimentaire va fréquemment à terme. La rétention du fœtus mort, d'abord bien tolérée, peut se terminer soit par la rupture, soit par l'infection du sac.

IV. Le diagnostic clinique de cette variété de grossesse ectopique est extrêmement difficile. Le pronostic

est très grave. L'affection est le plus souvent mortelle quand un traitement chirurgical n'intervient pas.

Ce traitement doit consister dans l'ablation de la corne grvide par laparotomie. Au cas où cette opération paraîtrait impossible ou trop dangereuse, on se contenterait de la marsupialisation du sac.

V. — L'intervention chirurgicale doit être immédiate dans les cas de rupture ou d'accidents liés à la rétention du fœtus mort. Lorsque la grossesse est en évolution, si la femme est placée dans une clinique, l'intervention chirurgicale pourra être différée dans l'espoir d'extraire un enfant vivant et pratiquement viable. Le début du faux travail serait le moment idéal pour l'extraction chirurgicale du fœtus.

Vu :

Le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Pr Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Abuladse. *St-Petersburger med. Woch.*, 22 mai 1910, p. 306.
Aguinet. Thèse de Paris, 1903.
Bazterrica. *Semana med.* (Buenos-Aires), 1903, X, 477.
Beckmann. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXV, S., 60.
Behse. Inaug. Diss. Dorpat., 1852.
Bland Sutton. *Lond. obst. transactions*, 1902, vol. XLIV, p. 316.
Brettschneider. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1904, p. 707.
Brindeau. *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1907.
Brooks H. Wells. *Amer. Journal of obst.*, 1900, p. 321.
Cameron. *The Journal of obst. and Gyn. of the Br. Emp.* (1902). vol. I, p. 67.
Campbell-Pope. *Lond. obst. transact.*, 1886, vol. XXVIII, p. 70.
Chiari. *Wien. med. Woch.*, 1886, p. 598.
Cohn. *Revue de gyn. et de chir. abd.*, janv.-fév. 1909, p. 3.
Conrad. *Journal de chirurgie et Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1906.
Cullen and Wilkins. *John Hopkins Hospital Reports*, 1897, VI, p. 113.
Deen (Van). *Nieuw. Archief.*, 1846, Ref. in KEHRER.
Dionis. *Histoire anatomique d'une matrice extraordinaire*. Paris, 1693.
Doran (Alban). *The Journal of obst. and Gyn. of the Br. Emp.*, juin 1906.
Dreyer. *Siebold's Journal f. Geb.*, 1835, B., XV.
Engstrom. *Mitteilungen aus der Klinik von Prof. Dr OTTO ENGSTROM*, 1900, III, 2.
Elbing. *St-Petersburger med. Woch.*, 1890.
Everke. *Monatsschrift für Geb. und Gyn.*, t. XVIII, p. 887.
Flatau. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1907, p. 265.
Fothergill. *Brit. med. Journal*, 25 juin 1910.
Frank. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XV, p. 231 et t. XXIV, f. 2.
Fraenkel. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XVIII, p. 283.
Freund (R.). *Arch. f. Gyn.*, B., 79, p. 381.
Fritze. Inaug. Diss. Argentorati, 1779.

- Fuchs. *Beiträge zur Geb. u. Gyn.*, Bd. XI, H. 2, p. 220.
— *Gyn. Rundschau*. Jahrg. I, 1907, p. 840.
Fuchtenbusch. Inaug. Diss. Strassburg., 1892.
Fürter. Inaug. Diss. Würzburg, 1904.
Galabin. *Lond. Obst. transact.*, 1895, vol. XXXVII, p. 225.
Galle. Inaug. Diss. Breslau, 1885.
Geiser. Inaug. Diss. Bern, 1896.
Ginsberg. Inaug. Diss. Breslau, 1891.
Glockner. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1901, p. 348.
Gross (G.). Thèse Nancy, 1899-1900.
— *Ann. de gyn. et d'obst.*, déc. 1901.
— *Ann. de gyn. et d'obst.*, janv. 1904.
Gummert. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1897, p. 704.
Hancox. *Brit. med. Journal*, 1839, XII, p. 1022.
Haydon. *Lond. obs. transact.*, vol. V, p. 280.
Hellier. *The Journal of Obst. and Gyn. of the Br. Emp.*, 5 mai 1904.
Hicks. *Brit. med. Journal*, 8 fév. 1908, p. 303.
Himmelfarb. *Münchener med. Woch.*, 1888, p. 283 et 302.
Høhne. *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.*, t. XXX, p. 149 (1909).
Höpf. *Münch. med. Woch.*, 1895, p. 756.
Hoff (Ida). *Arch. f. Gyn.*, 1906, t. 80, p. 352 et Inaug. Diss., Bern, 1906.
Ingleby. *Edinburgh med. and surg. Journal*, 1834, vol. 42, p. 350.
Jakobi. Inaug. Diss. Leipzig, 1901; — Ref. in *Zentralbl. f. Gyn.*, 1904, p. 121.
Jaensch. *Virchow's Archiv*, Bd. LVIII, p. 185.
Kaltenbach. *Arch. f. Gyn.*, 1884, t. XXII.
Kauffmann. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLIV, p. 488.
Kehrer (Erwin). *Das Nebenborn des doppelten Uterus*, Inaug. Diss., Heidelberg, 1899.
Kiparski. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XVIII, p. 768.
Knauer. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XX, p. 1188.
Koblanck. *Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn.*, 1897, VII, p. 185.
Kronig. *Zentrablatt f. Gyn.*, 1902, p. 36.
Kœberlé. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1866, n° 8.
Krükenberg. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXX, p. 642 (1909).
Krull. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LXII, p. 497.

- Küssmaul. *Von dem Mangel, der Verkümmernng und Verdoppelung der Gebärmutter*. Würtzburg, 1859.
- Küstner. *Kurzes Lehrbuch der Gyn.*, Iéna, 1904, p. 36.
- *In Handb. d. Geb. de P. MULLER*, Stuttgart, 1884, II, p. 550.
- Kworostansky. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 80, p. 113.
- Landau (L.). *Berl. kl. Woch.*, 1890, p. 789.
- Langlands. *Intercolon. med. Jnal.* (Meibourne), 1903, VIII, p. 129.
- Le Fort. *Th. agrég.* Paris, 1863.
- Lefour et Fieux. *Rev. mens. de Gyn. d'obst. et de péd. de Bordeaux*, 1903.
- Lewers. *Lancet*, mars 1905, p. 643.
- Lindner. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1904, p. 1408.
- Lockyer. *The Journal of obst. and Gyn. of the Bd. Emp.*, vol. X, n° 6, et vol. XI, p. 23.
- Luschka. *Monatsschr. f. Geb. u. Frauenheilk.* Bd. XXII, p. 31.
- Macdonald. *Edinb. med. Journal* 1885, vol. XXX, p. 879.
- Malom. *Ungar med. Presse*, 1897, II, 495.
- Mangiagalli. *Annali di ostetrica e ginecologia*, 1892, n° 5.
- Manierre. *The Amer. Gyn. and obst. Journal*, 1899, vol. XV, p. 212 et 243.
- Martin. *Brit. gyn. Journal*, nov. 1900, p. 179.
- Mauriceau. *Traité des maladies des femmes grosses, etc.*, t. I, p. 86.
- Maassen. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1889, p. 80.
- Maschka. *Prager med. Woch.*, 1882, n° 44.
- Menge. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1908, p. 306.
- Meyer (H.). *Inaug. Diss.* Zurich, 1883.
- Meyer (Léopold). *Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn.*, 1899, VIII, p. 460.
- Meyerhoff. *Inaug. Diss.* Strassburg, 1902.
- Morison. *Edinburgh med. Journal*, fév. 1907, p. 142.
- Müller (P.). *Entwickelungsfehler des Uterus*; — *Deutsche chirurgie*; — Lief. 55, et *Arch. f. Gyn.*, 1873, B. V.
- Mundé. *Amer. Journal of Obst.*, 1890, B, XXIII, p. 23.
- Natanson. *Trav. de la Soc. gyn. de Moscou*, 1904, p. 128; — Trad. française in thèse PETROVSKAIA.
- Netzel. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1886, p. 439.
- Nüchel. *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1849, B. X, p. 590.
- Ott (Von). Trad. française in th. PETROVSKAIA.
- Palmer. *Inaug. Diss.* Rostock, 1889.
- Perochon. *Thèse de Paris*, 1908-1909.

- Petrovskaja. (Olga). Thèse de Paris, 1908-1909.
- Piccardo. *Revue de la Soc. med. Argentina*, 1910, n° 1.
- Pinard. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1889, 1^{er} sem., p. 241, et 1892, 2^e sem., p. 1, etc.
- Porter. *The Amer. Journal of. Obst.*, 1901, t. XLIV, p. 692
- Potocki. *Soc. d'obst. de gyn. et de ped.*, 1909.
- Ramsbotham. Trad. allemande in KEHRER.
- Riedenger. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1909, 1022, et *Wiener kl. Woch.*, 1909, 1054.
- Roberts. (C. Hubert). *Lond. obst. Transact.*, vol. XLVIII (1906).
- Remfry. *Lond. obst. transact.*, vol. XXXVI, p. 263.
- Rosthorn (V.). *Wiener kl. Woch.*, 1887, p. 555 et 577.
- Ruge. *Zeitschr. f. geb. u. Gyn.*, B. II, p. 27.
- Salin. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1883, p. 324.
- Saenger. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1883, p. 324.
- Scanzoni. Trad. française in *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1854, p. 727.
- Scheffzeck (ou Scheffczyk). *Zentralbl. f. Gyn.*, 1905, p. 1421, et *Arch. f. Gyn.*, B. 83, p. 422.
- Schramm. *Verhandl. d. d. Ges. f. Gyn.*, Leipzig, 1897, p. 177.
- Schröder. *Nerhandl. d. Naturforscher-Versammlung*, München, 1899, B. II.
- Serejnikoff. Trad. française in thèse PETROVSKAIA.
- Sinclair. *The Journal of. Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, vol. I, p. 61.
- Smith and Williamson. *Lond. obst. trans.*, 1902, p. 225.
- Smoler. *Prager med. Woch.*, 1897, n°s 31-33.
- Sodan. Inaug. Diss., Königsberg, 1898.
- Stoltz. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1860.
- Szabo (Dyonys) (Von). *Arch. f. Gyn.*, Bd. 82.
- Targett. *Lancet*, 13 fév. 1897, 447 et *Lond. Obst. trans.*, 1900, 276.
- Thywissen. Inaug. Diss. Bonn., 1900.
- Treub. In *Pratique de l'art des accouchements* de BAR, t. II, p. 344.
- *Zentralbl. f. Gyn.*, 1905.
- Turner. *Edinburgh med. Journal*, 1865-66, vol. XI, p. 971.
- Van der Linden et Gotghebuer. *Journal de chir. et Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1907, p. 282.
- Virchow. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1060, B. XV, p. 176.
- Warin. Thèse de Paris, 1899-1900.

- Webster. *Amer. Journal of obst.*, juin 1904, p. 809.
Wehle. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1894, p. 57.
Werner. *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.*, t. XX, p. 1177.
Werth. *Arch. f. Gyn.*, 1881, B. 17, p. 281.
— *Arch. f. Gyn.*, 1905, B. 76, p. 48.
— Art. « Nebenhornschwangerschaft » in *Handbuch der Geburtshilfe*
de Von WINCKEL, 1904, B. II, 2, 978,
Wiener. *Arch. f. Gyn.*, 1885, B. 29, p. 234.
Winter. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. 24, p. 160.
Wyder. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. 41, p. 182.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I ^{er} . — L'utérus unicorne avec corne rudimentaire	9
CHAPITRE II. — Anatomie de la grossesse.....	14
CHAPITRE III. — Evolution de la grossesse. — Complications....	28
CHAPITRE IV. — Diagnostic anatomique et clinique.....	42
CHAPITRE V. — Traitement.....	51
OBSERVATIONS.....	59
TABLEAUX.....	67
CONCLUSIONS.....	83
BIBLIOGRAPHIE.....	87



